



Таблица 2 свидетельствует о статистически достоверном улучшении индекса координации и симметрии у больных основной группы в раннем восстановительном периоде.

Выводы

1. Роботизированная тренировка координации баланса и силы позволяет эффективно и доказательно проводить курсы восстановительного лечения у больных с двигательными нарушениями и дискоординаторными

расстройствами после перенесенных ОНМК по ишемическому типу на фоне ЦВБ.

2. Исследованиями установлена наиболее высокая эффективность тренинга на платформе роботизированной механотерапии с биологической обратной связью (платформа КОБС) у больных в раннем восстановительном периоде.

3. При роботизированной тренировке целесообразно определять эффективность восстановительного лечения по показателям индекса координации, симметрии и давления паретичной ноги при роботизированной тренировке на платформе КОБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. Руководство для врачей. Т.1. - М.: Медицина, 2001. - 744 с.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Инсульт. Приложение к журналу неврология и психиатрия. - 2003. - №8. - С.4-9.
3. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. и др. Неврология для врачей общей практики. Второе издание. - М., 2002. - 458 с.
4. Белова А.Н. Нейрореабилитация. Руководство для врачей. - М 2003.
5. Биллер Х. Практическая неврология: Т.1.- Диагностика/ пер. с англ.- М.: Медицинская литература, 2008. - 512 с.
6. Парфенов В.А. // Consilium medicum. - 2000. -Т. 14, № 9. - С. 689-693.
7. You S.H., Jang S.H., Kim Y.-H. et al. // Stroke. - 2005. -Vol. 36 (6). -P.1166-1171.
8. Doman G. What to do about your brain injured child. Juridiskais birojs. - VINDEX, SIA, 2007. - 330 p.
9. Hesse S., Schmidt H., Werner C. Machines to support motor rehabilitation after stroke: 10 years of experience in Berlin. J Rehabil Res Dev 2006; 43:5:671-678.

ПОСТУПИЛА 11.03.2014

УДК 616.12-008.331.1 + 616.831-005.1

В.В. Ефремов¹, И.Л. Солонец², Н.А. Криштопина²

ИЗМЕНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ

¹Ростовский государственный медицинский университет,
Кафедра нервных болезней и нейрохирургии.
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.

²Областная клиническая больница № 2.
Россия, 344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1 Конной армии, 33. E-mail: isolonec@bk.ru

Цель: сравнительная оценка параметров качества жизни больных с артериальной гипертензией (АГ), осложнившейся развитием мозгового инсульта, и их динамика на фоне гипотензивной терапии.

Материалы и методы: обследованы 49 пациентов, разделенных на две группы. Основную группу составили 24 пациента (8 женщин и 16 мужчин) с АГ, осложнившейся церебральным инсультом. В контрольную группу вошли 25 пациентов (13 женщин и 12 мужчин) с АГ длительностью 10,8±1,6 лет. Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36. Уровень тревоги и депрессии оценивались по шкалам Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина и Бека. Типы отношения к болезни диагностировались с использованием методики ТОБОЛ.

Результаты: исследование эмоционального статуса до лечения показало повышение уровня тревожности, наличие депрессии, снижение качества жизни по всем параметрам опросника SF-36.



Заключение: на фоне проводимой гипотензивной терапии с достижением целевых цифр артериального давления у пациентов обеих групп регистрировалось улучшение качества жизни, психо-эмоционального состояния, устанавливались высокоадаптивные формы отношения к болезни.

Ключевые слова: качество жизни, артериальная гипертензия, мозговой инсульт, целевой уровень АД, психо-эмоциональное состояние.

V.V. Efremov¹, I.L. Solonets², N.A. Krishtopina²

CHANGE MAIN DETERMINANTS OF QUALITY OF LIFE HYPERTENSION, COMPLICATING CEREBRAL STROKE

Rostov State Medical University,

Department of Nervous Diseases and Neurosurgery.

29 Nakhichevansky st., Rostov-on-Don, 344022, Russia.

Regional hospital №2.

33, 1st Konnaya army st., Rostov-on-Don, 344029, Russia. E- mail: isolonec@bk.ru

Purpose: comparative evaluation of parameters of quality of life of patients with hypertension complicated by the development of stroke and their dynamics hypotensive therapy.

Materials and methods: 49 patients divided into two groups. Study group comprised 24 patients (8 women and 16 men) suffering from hypertension complicated by cerebral stroke. The comparison group included 25 patients (13 women and 12 men) with hypertension duration of $10,8 \pm 1,6$ years. To assess the quality of life used SF-36 questionnaire. Levels of anxiety and depression were assessed by scales Spielberg - Hanin and Beck. Types of attitude towards the disease diagnosed using methods TOBOL.

Results: the study of emotional status before treatment showed an increase of the level of anxiety, the presence of depression, reduced quality of life in all respects the SF-36.

Summary: On a background of antihypertensive therapy with the achievement of target BP levels in both groups were recorded improved quality of life, psycho-emotional state, established highly adaptive form of relationship to the disease.

Keywords: quality of life, arterial hypertension, cerebral stroke, target blood pressure, psycho-emotional state.

Введение

Современные проблемы, ассоциированные с артериальной гипертензией (АГ), обусловлены ее высокой распространенностью, тяжестью различных (в первую очередь церебро- и кардиоваскулярных) осложнений, недостаточной осведомленностью населения о наличии повышенного артериального давления (АД) (особенно среди мужчин), неадекватным лечением и отсутствием эффективного контроля. В сравнительном исследовании лиц с АГ, проживающих в 35 странах мира, было установлено, что контроль АД у мужчин составляет всего 10,2–10,6%, у женщин несколько выше – 16,2–17,3%. При этом достоверной разницы в степени контроля АД у пациентов в зависимости от уровня экономического развития стран не выявлено [1]. В то же время в Швейцарии, Канаде, Чехии, по данным эпидемиологических наблюдений, в течение последних 10–23 лет увеличилось количество людей с АГ, получающих антигипертензивную терапию, вырос удельный вес пациентов, достигших целевых значений АД [2].

АГ является не только самым распространенным заболеванием в популяции, но и одним из ведущих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): мозгового инсульта (МИ) – в 80% случаев, ИБС – в 40%

случаев. У пациентов с АГ выявлено повышение общей смертности и смертности от ССЗ в 2-5 раз [3]. Согласно анализу Lawes C.M. et al. [3], в популяции людей старше 30 лет систолическое АД ≥ 115 мм рт. ст. ассоциировано с 7,6 млн случаев преждевременной смерти во всем мире (что составляет 13,5% от общего количества умерших) и 92 млн (6% от общего количества) утраченных лет здоровой жизни, или индекса DALY.

Проблема сосудистых заболеваний головного мозга по-прежнему является одной из наиболее актуальных в современном мире, в первую очередь по причине высокой смертности и инвалидизации населения. В развитых странах частота МИ примерно одинаковая – от 350 до 480 случаев в год на 100 000 населения. Исключением являются лишь Россия – частота МИ высокая (630 случаев в год), и Франция, где частота МИ низкая (230 в год). Кроме того, наша страна занимает 2 место по смертности от МИ, которая в 3-8 раз выше, чем в США, Франции и Швейцарии. Более того, в отличие от Японии, США, Австралии и многих стран Западной Европы в России смертность от инсульта не только не снижается, но и растет [4]. Церебральный инсульт занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности, вызывая стойкие нарушения жизнедеятельности человека, прежде всего его двигательной активности. Полная профессиональная ре-



абилитация отмечается лишь у 10% больных [5]. По данным Регистра инсульта НЦН РАМН, к концу острого периода полностью зависимы в повседневной жизни 25,5%, частично зависимы – 57,5%, независимы – 17% больных; к концу первого года в основном независимы от окружающих в повседневной активности 83,3%, частично зависимы – 11,8%, полностью зависимы – 4,9% выживших больных. 55% пациентов, перенесших церебральную катастрофу, не удовлетворены качеством жизни [6, 7].

В основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности ее лечения было положено понятие «качество жизни» (КЖ). КЖ – это интегральная характеристика физического, психического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [8]. Таким образом, количественная оценка КЖ в процессе лечения является прогностически значимой в оценке эффективности проводимых мероприятий и основополагающей в составлении индивидуального дифференцированного подхода к терапии.

Цель исследования – сравнительная оценка параметров КЖ больных с АГ, осложнившейся развитием МИ и их динамика на фоне гипотензивной терапии.

Материалы и методы

Обследованы 49 пациентов обоего пола в возрасте от 32 до 73 лет. Основную группу составили 24 больных (8 женщин и 16 мужчин), средний возраст которых $55,08 \pm 2,4$ лет, с АГ, осложнившейся церебральным инсультом, давностью на момент включения $2,62 \pm 0,18$ мес. Нарушение мозгового кровообращения было верифицировано данными спиральной компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии у 10 (42%) пациентов, в бассейне правой средней мозговой артерии у 10 (42%) пациентов, в вертебро-базиллярном бассейне – у 4 (16%) пациентов. У всех пациентов имелся легкий гемипарез или нормальная мышечная сила ($\sim 4 - 5$ баллов). В контрольную группу вошли 25 пациентов (13 женщин и 12 мужчин), средний возраст $53,2 \pm 3,7$ лет, с АГ длительностью $10,8 \pm 1,6$ лет.

По гендерным, возрастным и социальным признакам (образование, профессия, социальный статус), исходным показателям АД достоверных различий между группами не было.

Среднее систолическое АД (САД) у всех пациентов находилось на уровне $158,6 \pm 4,3$ мм.рт.ст. У 17% пациентов регистрировалась АГ 1 степени; у 35% – АГ 2 степени и у 48% – АГ 3 степени. Кризовое течение АГ отмечалось у 37% пациентов основной группы (из них 12% мужчин и 25% женщин) и у 42% больных контрольной группы (14% мужчин и 28% женщин). Целевыми значениями считался уровень САД < 140 мм. рт. ст. В основной группе монотерапию получали 13% пациентов, комбинированную терапию двумя препаратами – 30%, комбинированную терапию тремя препаратами – 42%, терапию с использованием четырех и более гипотензивных средств – 15%. В контрольной группе монотерапию получали 16% пациентов, комбинированную терапию двумя препаратами – 34%, комбинированную терапию тремя препаратами 35%, терапию с использованием четырех и более гипотензивных средств – 15%. Все пациенты получали базисную терапию, включающую гипотензивные, антиагрегантные

препараты, физиотерапевтическое лечение, лечебную физкультуру.

Критериями исключения из исследования являлись выраженные когнитивные и психические нарушения, тяжелая декомпенсированная соматическая патология (сердечнососудистая, дыхательная, печеночно-почечная недостаточности); выраженные двигательные нарушения, грубая ортопедическая патология.

Всем пациентам, включенным в программу, проводился неврологический осмотр с использованием 6-балльной шкалы оценки мышечной силы [9], КТ и /или МРТ-исследование головного мозга; ультразвуковая доплерография (УЗДГ) магистральных сосудов. Обследования проводили дважды: при включении в исследование и на 14-й день от начала лечения.

Для исследования КЖ использовался опросник SF-36, содержащий 36 пунктов, сгруппированных в восемь шкал: общее состояние здоровья, физическое функционирование, влияние физического состояния на ролевое функционирование, влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, социальное функционирование, интенсивность боли, жизнеспособность, самооценка психического здоровья [8, 10]. По каждой шкале показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов, при этом чем большее значение показателя, тем выше оценка качества жизни по данной конкретной шкале.

Нейропсихологическое обследование проводилось с использованием шкалы реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина [9]; шкалы депрессии Бека [9].

Также проводилась методика оценки типов отношения к болезни (ТОБОЛ), позволяющая диагностировать паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе, одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит) [11].

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel, Statistica 6.0. Достоверность различий показателей определялась с помощью дисперсионного анализа (полученные выборки имеют нормальное распределение), при этом различия считались статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты

При анализе полученных данных отмечено снижение всех параметров КЖ (показатели общего здоровья пациентов I и II групп $48,86 \pm 1,98$ и $60,15 \pm 2,45$, $p < 0,05$ соответственно) преимущественно за счет физического компонента здоровья в основной группе ($32,15 \pm 0,62$) и психологического компонента в контрольной группе ($32,06 \pm 1,17$, $p < 0,05$). Особенно низкие значения у больных основной группы регистрировали по шкалам физического (34,78 \pm 2,7), ролевого физического (25,03 \pm 3,8) и эмоционального функционирования (22,2 \pm 1,9, $p < 0,05$), значительно ограничивающие повседневную деятельность. У пациентов, страдающих АГ 1 степени, низкие показатели регистрировали по шкалам жизнеспособности и социального функционирования (44,16 \pm 2,4 и 34,13 \pm 5,21, $p < 0,05$ соответственно). Больные АГ 2 и 3 степени отличались более низким ролевым эмоциональным функционированием (27,98 \pm 3,7), психическим здоровьем (50,83 \pm 2,94) и жизненной активностью (34,75 \pm 2,8, $p < 0,05$).



В процессе лечения у всех больных достоверно улучшились показатели общего состояния здоровья, жизненной активности, ролевого и социального функционирования ($p < 0,05$), причем наиболее чувствительными

оказались критерии, связанные с психологической сферой как у больных основной группы, так и в контрольной группе (рис.1).

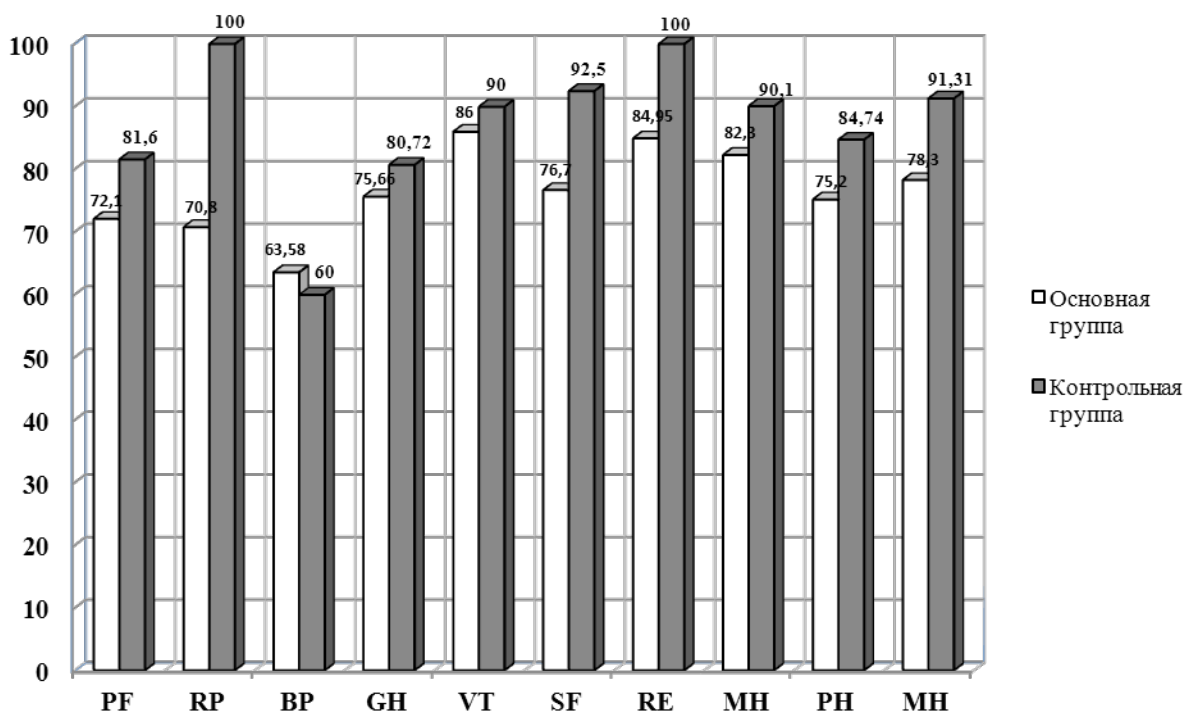


Рис. 1. Результаты исследования качества жизни пациентов с АГ, осложнившейся развитием мозгового инсульта на фоне гипотензивной терапии.

Примечание: PF- физическое функционирование; RP- ролевое физическое функционирование; BP - боль; GH - общее здоровье; VT- жизнеспособность; SF - социальное функционирование; RE- ролевое эмоциональное функционирование; MH- психическое здоровье; PH- физический компонент здоровья (PF, RP, BP; GH); MH – психологический компонент здоровья (VT; SF; RE; MH).

У пациентов обеих групп до лечения наблюдались расстройства в эмоционально-волевой сфере, проявляющиеся высокой тревожностью и депрессией. Причем исходный уровень данных расстройств в обеих группах был сопоставим. По опроснику Спилбергера – Ханина в большинстве случаев регистрировалась высокая ситуативная (у 60 % больных) и личностная (54% случаев) тревожность. Большинство пациентов основной группы имели высокий уровень ситуативной ($45,3 \pm 1,08$) и личностной ($46,04 \pm 1,22$) тревожности; в контрольной группе соответственно $44,41 \pm 1,19$ и $42,83 \pm 1,21$, $p < 0,05$. Средний уровень депрессии в основной группе составил $16,47 \pm 4,43$, а в контрольной – $11,25 \pm 4,02$, $p < 0,05$, что соответствует умеренной и легкой депрессии соответственно.

После окончания курсового лечения у пациентов основной группы отмечалось значительное улучшение психо-эмоционального состояния, проявляющееся улучшением общего фона настроения, положительными эмоциями и снижением уровня тревожности и депрессии, что коррелирует с возросшими показателями физического и психологического компонентов здоровья по шкале SF-36. У пациентов основной группы средние

значения ситуативной и личностной тревожности снизились до $32,4 \pm 1,72$ и $38,4 \pm 1,56$ баллов соответственно. В контрольной группе эти показатели составили $28,4 \pm 1,24$ и $34,7 \pm 1,61$ баллов соответственно. Ни у одного больного на фоне проводимой индивидуально ориентированной гипотензивной терапии с достижением целевого уровня АД депрессии выявлено не было.

Исследуя картину болезни по методике ТООБЛ до лечения в основной группе в преобладающем большинстве были выявлены тревожный (25%), неврастенический (24%) и эргопатический (22%) типы реагирования на болезнь. В контрольной группе – тревожный (21%), неврастенический (22%), эргопатический (18%), ипохондрический (26%) типы соответственно.

После лечения в контрольной группе у 53% больных устанавливался гармоничный тип отношения к болезни и в 36% случаев - эргопатический тип. В основной группе преобладающими вариантами реагирования пациентов на болезнь и лечение явились: эргопатический (27%), тревожный (15%) и анозогнозический (16%) типы, гармоничный тип был диагностирован у 38% больных (рис. 2,3).

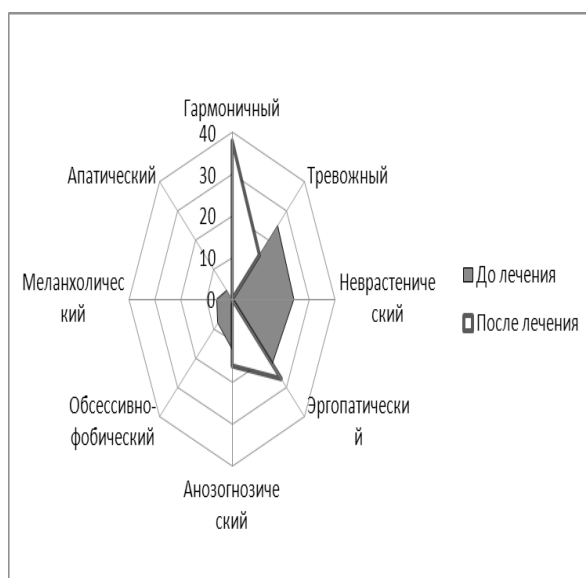


Рис. 2. Распределение больных основной группы до и после лечения по типу отношения к болезни и процессу лечения - % от общего числа обследованных (n=24)

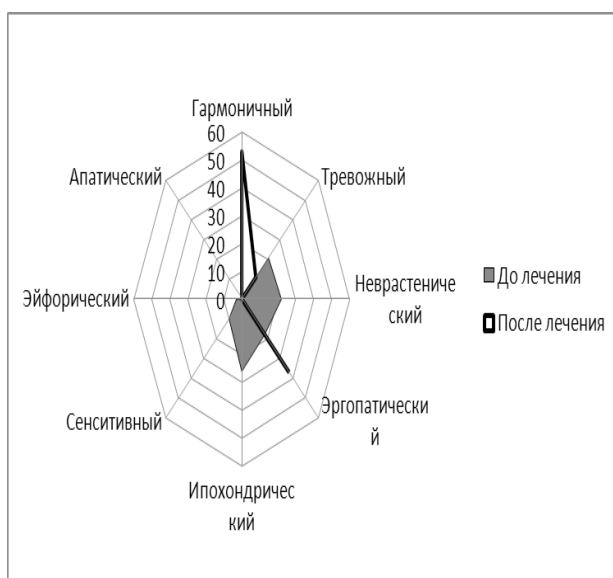


Рис. 3. Распределение больных контрольной группы до и после лечения по методике ТООБЛ - % от общего числа обследованных (n=25)

Таким образом, у пациентов контрольной группы на фоне проводимой терапии гипотензивными средствами с достижением целевых цифр АД отмечено преобладание высокоадаптивных форм психологического реагирования на саму болезнь и лечебный процесс, проявляющихся активным стремлением больного преодолеть болезнь и вернуться на прежний уровень социальной активности, что, в свою очередь, является залогом успешного лечения. В основной группе, помимо преобладающих высокоадаптивных форм (гармоничный (38%), эргопатический (27%) и анозогнозический типы (16%)) реагирования диагностированы и низкоадаптивные формы, представленные преимущественно тревожным типом (15%).

Заключение

На фоне проводимой адекватной индивидуально-ориентированной гипотензивной терапии с целью достижения целевого уровня АД в комплексе с рациональной психотерапией у всех пациентов отмечалось улучшение качества жизни и клинко-психологического статуса.

Для предупреждения снижения качества жизни и утраты трудоспособности пациентов, страдающих АГ, необходимо учитывать и особенности психического состояния. В настоящее время не вызывает сомнений первичная роль психогенных факторов (хронический или острый стресс) в развитии АГ. Стресс приводит к функциональ-



ным нарушениям в деятельности систем мозга, контролирующей регуляцию АД, нарушая баланс между прессорными и депрессорными факторами. В ряде исследований обнаружено, что в патогенезе ГБ важную роль играют эффективные расстройства, чаще всего тревога и депрессия. Последние являются независимыми факторами риска, обуславливающими как развитие АД, так и дальнейший прогноз [4].

Таким образом, основополагающим в составлении индивидуального дифференцированного подхода является использование оптимальной системы лечебно-реабилитационной помощи на стационарном этапе с учетом влияния на КЖ нарушений в психоэмоциональной сфере, что будет способствовать более эффективному восстановлению нарушенных функций, социальной адаптации больных и достижению оптимального для конкретного пациента КЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pereira M., Lunet N., Azevedo A., Barros H. et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries // *Journal of Hypertension*. – 2009. – Vol. 27, № 5. – P. 963–975.
2. Павлова О.С. Современные возможности эффективной сердечно-сосудистой профилактики у пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией // *Медицинские новости*. – 2012. – №1. – С. 62-68.
3. Lawes S.M., Vander Hoorn S., Rodgers A. International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001 // *The Lancet*. – 2008. – Vol. 371, № 9623. – P. 1513-1518.
4. Эльгаров А.А. Артериальная гипертензия – эпидемиология и профилактика: Учебное пособие / Эльгаров А.А., Шогенов А.Г., Эльгарова Л.В., Арамисова Р.М.– Нальчик: Каб.-Балк. ун-т, 2007. – 100 с.
5. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Крылов В.В. Снижение смертности и инвалидности от сосудистых заболеваний мозга в Российской Федерации // *Неврол. вестн. Журн. им. В. М. Бехтерева*. – 2007. – № 1. – С. 128–133.
6. Иванова Г.Е., Стаховская Л.В. Перспективы развития помощи сосудистым больным в Российской Федерации // *Сб. материалов науч. практ. конф. «Междисциплинарная помощь больным инсультом. Проблемно-ориентированный подход»*. – СПб., 2010. – С. 125- 131.
7. Снижение заболеваемости, смертности, инвалидизации от инсультов в Российской Федерации. Сборник методических рекомендаций, программ, алгоритмов / Под редакцией В.И. Скворцовой. – М.: Литтера, 2008. — 194с.
8. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 314 с.
9. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. – Руководство для врачей. – М.: Медкнига, 2004. – 456 с.
10. Ассоциация терапевтов Иркутской области [Электронный ресурс] // Оценка качества жизни: опросник SF-36. – URL: <http://atio-irk.ru/oprosnik-sf-36.html> (дата обращения: 20.01.2013).
11. Вассерман Л.И. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 32 с.

ПОСТУПИЛА 17.06.2014