

ВЛИЯНИЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Стародубцева Ю.О., Мороз А.С., Месникова И.Л.

Белорусский государственный медицинский университет, кафедра поликлинической терапии, г. Минск

Ключевые слова: артериальная гипертензия, варикозная болезнь, качество жизни, состояние адаптации.

Резюме: в статье приведены результаты исследования амбулаторных пациентов с изолированной артериальной гипертензией и с артериальной гипертензией, сочетающейся с варикозной болезнью нижних конечностей. Гемодинамические фенотипы и большинство показателей качества жизни значимо не отличаются у данных групп пациентов, тогда как состояние адаптации гораздо больше нарушается у пациентов с сочетанием вышеуказанных патологий.

Resume: the article presents the results of the research of outpatients with isolated arterial hypertension and arterial hypertension combined with varicosity of lower extremities. Hemodynamic phenotypes and most indicators of quality of life do not significantly differ in these groups of patients, while the state of adaptation aggravates significantly when these pathologies are combined.

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является одной из наиболее распространенных заболеваний в амбулаторной практике, требующей проведения пожизненного лечения и реабилитации. Нередко она сочетается с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК). Конечным результатом лечения такой сочетанной патологии является достижение целевого уровня артериального давления (АД), приемлемого уровня качества жизни (КЖ) и состояния адаптации организма пациентов. В настоящее время в Республике Беларусь данная область является социально и экономически значимой, но вместе с тем остается малоизученной, что и явилось основанием к проведению данного исследования.

Цель: изучить влияние варикозной болезни нижних конечностей на гемодинамический фенотип, качество жизни и состояние адаптации организма пациентов с артериальной гипертензией в амбулаторных условиях.

Задачи: определить гемодинамические фенотипы пациентов с изолированной АГ и сравнить с таковыми у пациентов АГ в сочетании с ВБНК. Оценить показатели КЖ пациентов с изолированной АГ и сравнить с таковыми у пациентов АГ в сочетании с ВБНК. Изучить состояние иммуно-эндокринного и нервно-психического звеньев адаптации организма у пациентов с изолированной АГ и сравнить с таковым у пациентов с АГ и ВБНК.

Материал и методы. Данное исследование проведено на базе ряда поликлиник г. Минска с участием 31 пациента с АГ 1 и 2 ст. в сочетании с ВБНК с минимальной хронической венозной недостаточностью, из них 7 мужчин (22,6 %) и 24 женщины (77,4 %), их средний возраст составил $63,87 \pm 3,57$ года. В контрольную группу сравнения вошло 20 пациентов с изолированной АГ 1 и 2 ст., в том числе 6 мужчин (30,0 %) и 14 женщин (70,0 %), их средний возраст составил $57,15 \pm 1,57$ лет. Группы сопоставимы по полу, возрасту и степени тяжести АГ.

В ходе исследования были использованы следующие методы: 1) анамнестический (опрос и заполнение анкеты собственной разработки); 2) антропометрия (рост, масса тела); 3) измерение АД (20-25 раз за период наблюдения); 4) оценка гемодинамических фенотипов по параметрам АД методом КАСПАД [1]; 5) русскоязычный общий опросник RAND-36 для оценки КЖ [2]; 6) оценка иммуно-эндокринного звена адаптации по Л. Х. Гаркави «Определение реакций адаптации и уровней реактивности организма» [3]; 7) методика И. Н. Гурвича «Определение нервно-психической адаптации» [4].

Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica 10.0 (США). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Представленные группы исследования были сопоставимы не только по полу и возрасту, но также и по индексу массы тела (ИМТ). В основной группе среднее значение ИМТ пациентов составило $28,15 \pm 1,16$. Нормальные значения ИМТ имели 9 (29,0%) пациентов, избыточную массу тела 11 (35,5%), ожирение – 11 (35,5%). В контрольной группе среднее значение ИМТ пациентов составило $28,80 \pm 0,9$. Нормальные значения ИМТ имели 4 (20,0%) пациентов, избыточную массу тела 7 (35,0%), ожирение – 9 (45,0%).

Группы несколько различались по наличию вредных привычек. Отрицали вредные привычки 18 (58%) человек основной группы и 14 (70%) контрольной группы. При этом курение отметили соответственно 2 (6%) и 4 (20%) человек, употребление алкоголя – 4 (13%) и 1 (5%), курение и употребление алкоголя – 4 (13%) и 1 (5%).

При исследовании гемодинамики методом КАСПАД у пациентов с АГ в сочетании с ВБНК были выявлены следующие гемодинамические фенотипы: гармонический – у 15 (48,4%) пациентов, пограничный диастолический дисфункциональный – у 2 (6,5%), диастолический дисфункциональный – у 14 (45,2%).

Гемодинамические фенотипы пациентов с изолированной АГ распределились следующим образом: гармонический – у 10 (50%) пациентов, пограничный диастолический дисфункциональный – у 1 (5%), диастолический дисфункциональный -- у 9 (45%).

При сравнении гемодинамических фенотипов у пациентов основной группы и контрольной группы не было выявлено достоверных различий.

Исследование КЖ пациентов основной группы установило умеренное снижение показателей по всем шкалам, касающимся физической, психо-эмоциональной и социальной сфер (табл.1). Более выраженное снижение показателей КЖ наблюдалось по шкалам RP (ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья), RE (ролевые ограничения, обусловленные личными и эмоциональными проблемами), EF (энергичность/усталость), EW (эмоциональное самочувствие), VP (телесная боль), GH (общее восприятие здоровья), NH (сравнение с предыдущим годом). При этом были выявлены достоверно более низкие показатели КЖ по шкалам SF (социальная активность), VP (телесная боль) и NH (сравнение с предыдущим годом) у пациентов с АГ и ВБНХ по сравнению с таковыми у пациентов с АГ без ВБНХ. По остальным шкалам значимые различия в показателях КЖ обеих групп определены не были.

Табл. 1. Показатели качества жизни пациентов (M±m)

Показатели КЖ	Исследуемая группа	Контрольная группа
PF	70,16±3,69	70±5,3
RP	49,19±7,24	50,0±9,2
RE	61,29±6,89	71,5±8,6
EF	54,35±3,45	54,6±4,3
EW	58,01±3,17	58,9±4,8
SF	67,74±4,65*	79,4±4,3
BP	55,81±3,76*	70,0±5,0
GH	49,51±3,13	48,1±2,6
HC	32,75±3,69*	46,4±2,8

Примечание: * - достоверность различий в группах сравнения, $p < 0,05$.

При исследовании иммуно-эндокринного звена адаптации организма по Л. Х. Гаркави установлено, что состояние, соответствующее здоровью, имели 10 (32,3%) пациентов с АГ и ВБНК и 8 (40,0%) без ВБНК, состояние предболезни соответственно – 11 (35,5%) и 9 (45,0%) исследуемых (рис. 1). Состояние болезни было выявлено соответственно у 10 (32,3%) пациентов основной группы и 3 (15,0%) контрольной (различия достоверны, $p < 0,05$).

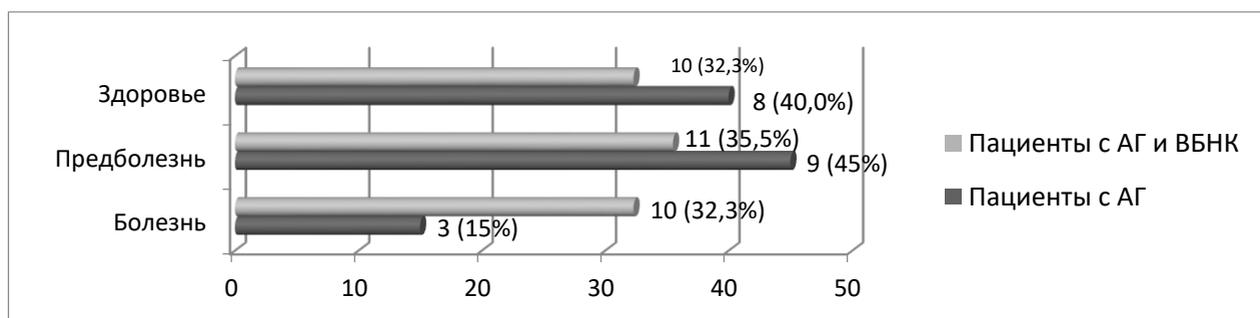


Рис. 1 – Состояние адаптации организма исследуемых пациентов (по Л. Х. Гаркави).

При определении реакций адаптации в основной и в контрольной группах было установлено преобладание спокойной активации (рис. 2). В основной группе наблюдения спокойную активацию имели 15 пациентов (48,4 %), повышенную активацию – 12 (38,7 %), реакцию тренировки – 2 (6,5 %) и стресса – 2 (6,5%), а в контрольной группе соответственно 10 пациентов (50,0 %), 6 (30,0 %), 2 (10,0 %) и 2 (10,0%).

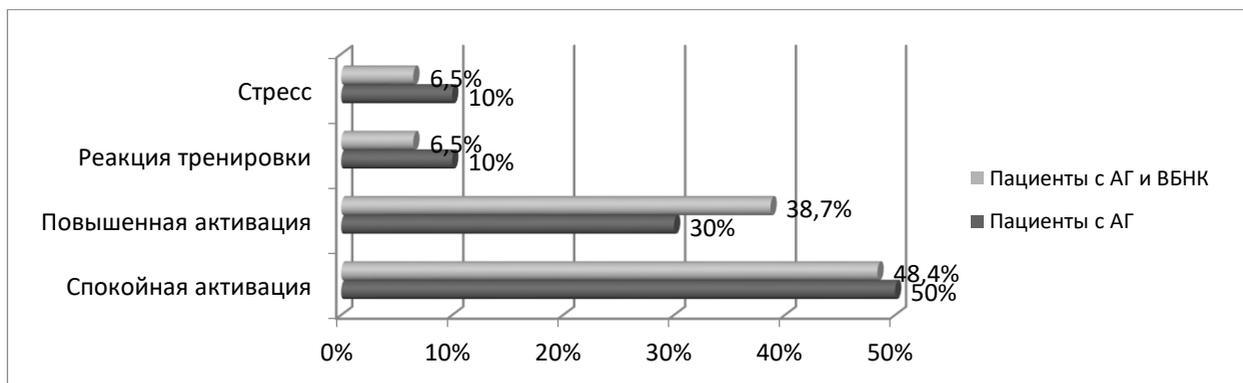


Рис. 2 – Реакции адаптации исследуемых пациентов (по Л. Х. Гаркави).

Исследование уровней реактивности показало, что в основной группе наблюдения очень низкий уровень реактивности имели 9 пациентов (29,0 %), низкий – 8 (25,8%), средний – 9 (29,0%), высокий – 5 человек (16,1%) (рис. 3). В контрольной группе очень низкий и низкий уровень реактивности выявлены соответственно у 2 (10,0 %) и 8 (40,0 %) пациентов, средний и высокий уровень реактивности имели по 5 (25,0%) человек.

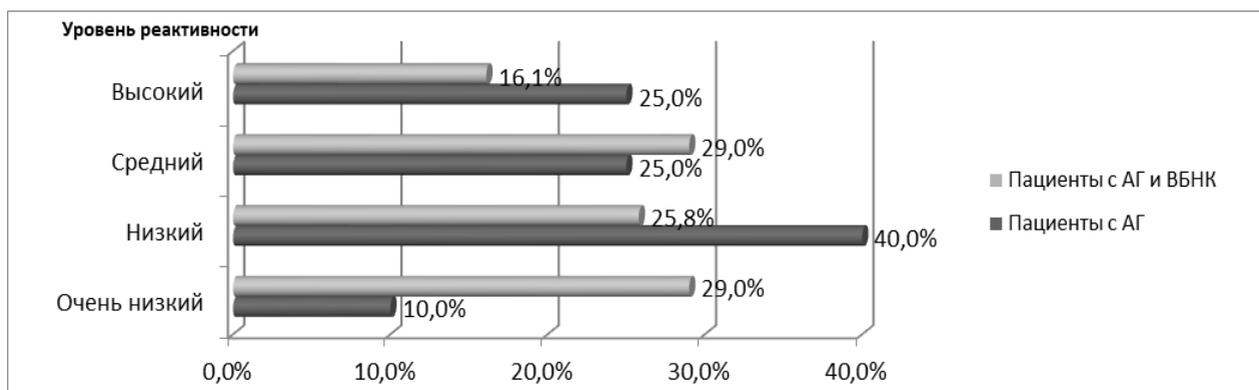


Рис. 3 – Уровни реактивности исследуемых пациентов (по Л. Х. Гаркави).

Исследование состояния нервно-психического звена адаптации по И. Н. Гурвичу показало, что средний уровень нервно-психического напряжения у исследуемых пациентов основной группы составил $24,03 \pm 3,71$ балла, что соответствует срыву адаптации, а в контрольной – $22,35 \pm 3,8$ балла, что соответствует напряжению адаптации. В основной группе наблюдения у 3 (9,7 %) пациентов определено состояние здоровья (физиологической адаптации), у 15 (48,4%) – предболезни (напряжение адаптации), у 13 (41,9%) – болезни (срыв адаптации), а в контрольной группе состояние здоровья и болезни имело по 7 (35,0 %) пациентов и предболезни -- 6 (30,0 %) человек (рис. 4).

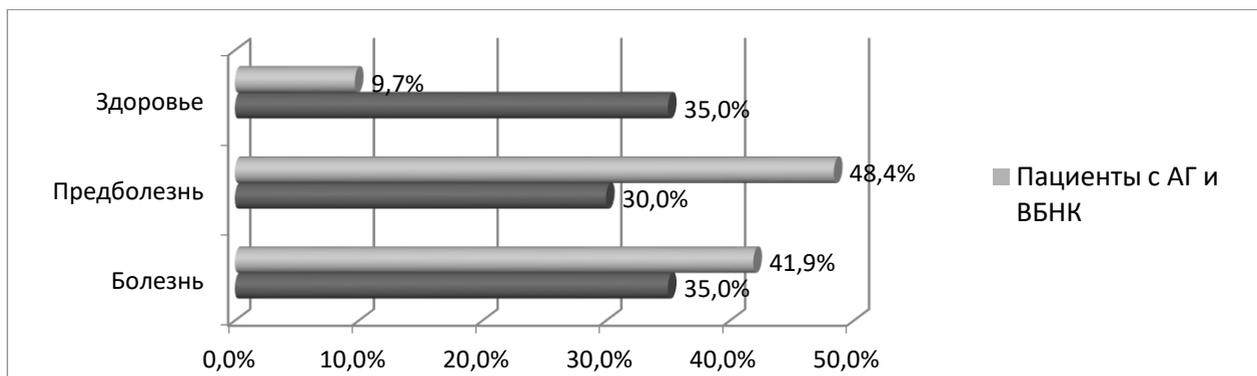


Рис. 4 – Нервно-психическая адаптация студентов до и после сессии (по И. Н. Гурвичу).

Выводы: 1. Варикозная болезнь нижних конечностей с минимальной хронической венозной недостаточностью существенно не влияет на распределение гемодинамических фенотипов у пациентов с артериальной гипертензией. 2. Показатели качества жизни пациентов с артериальной гипертензией умеренно снижены по всем шкалам, касающимся различных сфер жизнедеятельности, а варикозная болезнь нижних конечностей существенно их не снижает, за исключением показателей SF (социальная активность), ВР (телесная боль) и НН (сравнение с предыдущим годом), что требует соответствующей коррекции. 3. У пациентов с артериальной гипертензией имеются нарушения в иммуно-эндокринном звене состояния адаптации организма: преобладают лица с состоянием адаптации, соответствующей предболезни – у 45% пациентов и болезни (срыву адаптации) – у 15%. Варикозная болезнь нижних конечностей усугубляет эти нарушения: срыв адаптации наблюдается достоверно чаще – у 32,3% пациентов. 4. У пациентов с артериальной гипертензией имеются нарушения в нервно-психическом звене состояния адаптации организма, средний балл у них составляет $22,35 \pm 3,8$, что соответствует предболезни (напряжению адаптации), тогда как у пациентов с артериальной гипертензией и варикозной болезнью нижних конечностей средний балл составляет $24,03 \pm 3,71$, что соответствует болезни (срыву адаптации). Доля лиц с физиологической адаптацией у пациентов с артериальной гипертензией и варикозной болезнью нижних конечностей достоверно ниже, чем при изолированной артериальной гипертензии, соответственно у 9,7% и 35%. 5. Комплексная оценка типа гемодинамики, качества жизни и состояния адаптации амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией и варикозной болезнью нижних конечностей позволит индивидуализировать процесс лечения и реабилитации данных пациентов.

Литература

1. Хурса Р.В. Метод определения гемодинамического фенотипа: Инструкция по применению/ Р.В. Хурса, И. Л. Месникова, Н. М. Еремина, М. В. Войтикова – Мн.: БГМУ, 2019. – 13 с.
2. Месникова, И.Л. Адаптированная к условиям Республики Беларусь методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Метод. рекомендации. / И.Л. Месникова, Бел. гос. мед. ун-т. – Мн., 2005. – 20 с.
3. Гаркави, Л.Х. Антистрессорные реакции и активационная терапия / Л.Х. Гаркави, Е.Б. Квакина, Т.С. Кузьменко – М.: Книга по Требованию, 2015. – 559 с.
4. Гурвич, И.Н. Социальная психология здоровья. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – 1023 с.