

ЛІТЕРАТУРА

1. Рак молочной железы. Характеристика проблемы // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2000. — Т. 2, № 1. — С. 44-46.
2. Love S. M., Lindsey K. Dr. Love's breast book. — 2-th ed., fully rev. — N. Y.: Addison-Wesley, 1995. — 627 p.
3. Donegan W. L., Spratt J. S. Cancer of the breast. — 4-th ed. — Philadelphia: Saunders, 1995. — 860 p.
4. Демин Е. В., Чулкова В. А. Возможности улучшения качества жизни онкологических больных // Вопросы онкологии. — 1992. — Т. 38, № 1. — С. 84-89.
5. Милевская Т. Т. Рак молочной железы: подходы к своевре-

менному выявлению и повышению эффективности лечения // Здоровоохран. Беларуси. — 1996. — № 3. — С. 24-27.

6. *Возможности* реабилитации больных раком молочной железы при органосохраняющем лечении и пути ее совершенствования / А. Г. Золотков, В. М. Жуков, А. Н. Великолуг и др. // Паллиатив. медицина и реабилитация. — 1998. — № 2-3. — С. 71-71.

7. Демин Е. В. Социальная значимость улучшения качества жизни больных раком молочной железы на послегоспитальном этапе // Вопросы онкологии. — 1990. — № 4. — С. 107-111.

8. *Лечебная физкультура* — важный этап реабилитации больных раком молочной железы / Е. П. Куликов, Н. И. Веркин, А. М. Лебедев и др. // Паллиатив. медицина и реабилитация. — 1998. — № 2-3. — С. 79-79.

9. Дрижак В. І., Бабаули Ш. Р., Демборинський І. В. Реабілітація хворих на рак грудної залози після виконання мастектомії // Клін. хірургія. — 1998. — № 5. — С. 26-27.

10. *Реабилитация* онкологических больных / В. Н. Герасименко, Ю. В. Артюшенко, А. Т. Адмиралсанов и др. / Под ред. В. Н. Герасименко. — М.: Медицина, 1988. — 430 с.

УДК 616-071+616.12-008.331.1+616-089

А. І. Витриховський¹, Л. В. Глушко²

ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПЕРІОПЕРАЦІЙНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

¹Івано-Франківський клінічний кардіологічний диспансер,

²Івано-Франківська державна медична академія

Вступ

Упродовж останніх років виділено кілька нових форм вторинної артеріальної гіпертензії (АГ), однією з яких є періопераційна артеріальна гіпертензія (ПАГ) [1]. За даними різних авторів, у 13–60 % хворих перед операцією спостерігається підвищений артеріальний тиск (АТ). У деяких з них це пов'язано з наявною есенціальною гіпертензією, у інших — з вторинними гіпертензіями або ж із патологічним впливом такого фактора, яким є хірургічне втручання. Згідно зі статистичними даними, в США щорічно проводять близько 12 млн оперативних втручань пацієнтам із супровідною патологією серцево-судинної системи. Рівень смертності в хірургічних клініках США становить 0,2 %, серед хворих із післяопераційною АГ — 1,9 %, із післяопераційною тахікардією — 2,3 % [2; 3]. За

даними передопераційної ЕКГ, при АТ > 170/100 мм рт. ст. частота виникнення ішемії міокарда збільшується на 50 %. Водночас слід відмітити, що поява тахікардії під час операції і в післяопераційному періоді є фактором ризику появи АГ [3].

Сьогодні лікарі більшості країн віддають перевагу саме профілактиці, оскільки можливості підвищення ефективності лікування нині практично вичерпані. Засоби, які якоюсь мірою покращують прогноз або знижують захворюваність, дають частковий ефект [4]. Змінити ситуацію, що склалася, можливо лише при впливі на фактори ризику на етапі профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) [5]. Первинною метою антигіпертензивної терапії є досягнення максимального зниження загального ризику ССЗ і смертності. Це потребує усунення всіх ідентифікованих факторів

ризиків та відповідного лікування клінічних станів, пов'язаних з АГ [6]. Збільшення розповсюдження АГ тісно пов'язано зі способом життя і тими факторами ризику, які потенційно піддаються модифікації. Модифікація факторів ризику виникнення та прогресування АГ однозначно знижує захворюваність і смертність у пацієнтів як із діагностованою, так і недіагностованою АГ.

Метою роботи було детальне вивчення внеску факторів ризику виникнення й прогресування АГ в умовах періопераційного стресу.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 148 хворих із ПАГ, яка вперше виникла у віці від 43 до 77 років. Усіх пацієнтів було поділено на дві групи: до 1-ї групи увійшли 73 хворих (37 чоловіків і 36 жінок) із ПАГ, яка виникла в передопе-



раційному періоді, до 2-ї — 75 осіб (39 чоловіків і 36 жінок) із ПАГ, яка виникла в післяопераційному періоді. Контрольними були групи із 17 пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) без оперативних втручань і 16 практично здорових осіб. У дослідження не включали хворих із супровідними ураженнями міокарда — післяінфарктним кардіосклерозом, порушеннями серцевого ритму, вираженою систолічною дисфункцією міокарда, іншими формами АГ, а також осіб, які зловживають алкоголем. Діагноз АГ верифікували, враховуючи анамнез, типову клінічну картину, дані щоденного вимірювання АТ, добового моніторування АТ згідно з чинними вимогами [1; 5]. Якщо АГ не відповідала вказаним вимогам (2–3-разові показники АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст. протягом 4 тиж), її кваліфікували як транзиторну (83,3 %). Зв'язок наявності АГ і значень маси тіла обстежених визначали на основі показника індексу маси тіла [7]. З метою визначення астеноневротичних розладів у хворих з АГ було проведено психологічне тестування, яке полягало у визначенні рівня ситуаційної та особистісної тривожності за Спілбергом — Ханіною та соціальної адаптації [8]. Градація фізичної активності проводилася таким чином: низька — тривалість до 2

год, помірна — 2–4 год, важка — 4 і більше годин фізичної роботи протягом доби. Градацію споживання кухонної солі проводили згідно з анамнезом: 1) помірна — їжу не досоложують; 2) значне — їжу досоложують. Для визначення наявності зв'язку виникнення ПАГ із групами крові було обстежено 1096 осіб, яким проводили оперативні втручання.

Результати дослідження та їх обговорення

З метою визначення розповсюдження АГ у певних вікових категоріях нами проведено розподіл хворих у досліджуваних групах на підгрупи: А — хворі віком до 55 років; Б — 56 років і більше. Дані розповсюдження ПАГ у досліджуваних групах за віком наведено в табл. 1.

Як видно з даних табл. 1, у осіб віком 56 років і старше з групи 1 рівень АТ був вищим; у групі 2 спостерігалось протилежне ($P < 0,05$). Особи молодшого віку реагували на післяопераційні зміни в організмі більш високими показниками АТ, ніж старші. Серед хворих 2-ї групи відмічався більш тяжкий перебіг АГ порівняно з 1-ю групою ($P < 0,05$). У групах із вперше виявленою АГ різниця між величинами АТ за статтю не була суттєвою ($P > 0,05$). Лише одна жінка (7,7 %) з 13 знаходилась у періоді менопаузи з

групи хворих на ГХ. Менопауза відмічена у 22 (61,1 %) хворих 1-ї групи, у 28 (77,8 %) — із 2-ї. Високі рівні АТ спостерігаються здебільшого серед жінок у менопаузальному періоді ($P < 0,01$).

У 47 % хворих на ГХ відмічали наявність АГ у близьких родичів. У групах хворих із ПАГ відсоток осіб, які вказували на спадковий анамнез, був вдвічі меншим. Встановлено, що успадкування АГ відбувається здебільшого за жіночою лінією ($P < 0,05$).

Зв'язок наявності АГ і показників маси тіла обстежених подано в табл. 2.

Як видно з даних табл. 2, частка осіб з підвищеною масою тіла серед осіб із ПАГ становила 15,5 % (1-ша група) та 28 % (2-га група), серед осіб з ГХ — 42,9 %, що є суттєво вірогідно нижчим порівняно з групою хворих на ГХ ($P < 0,05$).

Серед осіб із ГХ 2 чоловіки (11,8 %) палили. В досліджуваних групах розподіл був такий: в 1-й групі палили 20 (27,4 %) осіб, у 2-й — 14 (18,7 %) чоловіків.

Результати психометричного дослідження хворих із ПАГ надано в табл. 3.

Як видно з табл. 3, значення показника соціальної адаптації (СА) вірогідно відрізнялось лише в 2-й групі хворих і перевищувало на 27 % рівень контрольної групи ($P < 0,05$).

Таблиця 1

Розподіл форм артеріальної гіпертензії згідно з віком хворих

Група	Легка, %	Помірна, %	Тяжка, %
Хворі на ГХ	6,25	31,25	62,5
1-ша група (А)	61,6 $P_1 < 0,05$ $P_2 < 0,05$	20,5 $P_1 < 0,05$ $P_2 > 0,05$	17,9 $P_1 > 0,05$ $P_2 < 0,05$
1-ша група (Б)	28,6 $P_2 > 0,05$	57 $P_2 > 0,05$	14,3 $P_2 < 0,05$
2-га група (А)	36,4 $P_1 < 0,05$	27,2 $P_1 < 0,05$	36,4 $P_1 < 0,05$
2-га група (Б)	21,2	54,5	24,3

Примітка. Вірогідність показників при порівнянні P_1 — в межах однієї групи (А і Б); P_2 — однієї підгрупи, різних груп.



Зв'язок наявності артеріальної гіпертензії і значень маси тіла обстежених осіб, %

Групи	Мала маса	Нормальна маса	I ступінь ожиріння	II ступінь ожиріння	III ступінь ожиріння
Хворі на ГХ, n=17	7,1	50	14,4	21,4	7,1
1-ша, n=73	2,8**	81,7*	2,8***	11,3*	1,4***
2-га, n=75	4*	68*	4%***	17,33*	6,67***

Примітка. Вірогідність показників при порівнянні досліджуваних груп та групи хворих на ГХ: * — $P < 0,05$; ** — $P < 0,01$; *** — $P < 0,001$.

Результати психологічного дослідження при порівнянні показників досліджуваних хворих із показниками практично здорових осіб, бали, M±m

Показник	1 група n=73	2 група n=75	ГХ n=17	Здорові особи n=16
Соціальна адаптація	224,00±8,245	309,00±33,35*	254,00±12,81	240,00±28,56
Ситуаційна тривога	51,81±0,96**	56,54±1,18***	56,53±2,51***	40,56±1,95
Особистісна тривожність	46,58±0,9*	51,54±1,46***	51,10±2,46**	41,44±2,04

Примітка. Вірогідність різниці при порівнянні досліджуваних груп та групи здорових: * — $P < 0,05$; ** — $P < 0,01$; *** — $P < 0,001$.

Значення рівня ситуаційної тривоги у пацієнтів 1-ї, 2-ї груп та у хворих з ГХ значно вірогідно ($P < 0,001$) перевищує відповідне значення контрольної групи, а саме: 1-ї — на 27,7 %; 2-ї — на 39,3 % і у хворих на ГХ — на 39,4 %. Аналіз рівня особистісної тривожності показав, що найбільш вірогідна відмінність показника ($P < 0,001$) спостерігалася в 2-й групі, де він перевищував рівень контрольної групи на 24,4 %. Вірогідно меншим цей показник був у 1-й групі ($P < 0,05$) — на 12,4 %.

У більшості осіб з АГ рівень фізичної активності був помірним (54,8 і 66,7 % відповідно), що вірогідно різниться від здорових осіб, в яких переважав високий рівень (68,75 %) ($P < 0,01$).

Значне споживання кухонної солі відмічено у 6,25 % здорових осіб, у 8,21 % — у 1-й групі та 21,33 % — у 2-й групі. Серед хворих на ГХ усі опитувані дотримувалися дієти. В 2-й групі частка осіб, що споживали значну кількість кухонної солі, втричі перевищувала таку ж серед здорових осіб ($P < 0,01$).

ПАГ було виявлено у 210 (21,7 %) з 968 осіб з Rh⁺ та у 55 (42,97 %) з 128 осіб з Rh⁻. Найвищий ступінь ризику виникнення ПАГ був у осіб з групою крові АВ (IV) Rh⁻ — 80 %.

Висновки

Частіше ПАГ виникає в осіб середнього віку, в жінок (переважно в менопаузальному періоді), за високого рівня ситуаційної та особистісної тривожності, у тих, що палять, споживають багато солі, мають надмірну масу тіла, Rh⁻, особливо з АВ (IV) Rh⁻.

ЛІТЕРАТУРА

1. Малая Л. Т. Неотложная помощь в кардиологии. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 6-44.
2. AHA Medical Scientific Statement Guidelines for Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery Section. — XI References Circulation, 1996. — Vol. 93. — P. 1278-1317.
3. Julius S., Palatini, Nestbiyy S. D. Tachycardia: an important determinant of coronary risk in hypertension // J. hypertension Suppl. — 1998. — Vol. 16 (1). — P. 9-25.
4. Жаринов О. Й. К вопросу о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний // Здоров'я України. —

2003. — № 18 (79). — Вересень. — С. 14.

5. Европейское общество гипертензии и европейское общество кардиологов. Рекомендации 2003 г. по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии. — Берлин-Хемп АГ, 2003. — С. 28.

6. Процаев К. И. Хирургические больные с сопутствующей артериальной гипертензией в работе семейного врача // Рос. семейн. врач. — 2002. — Т. 6, № 4. — С. 37-39.

7. Ройтберг Г. Е., Струтынский А. В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система. — М.: Бинном, 2003. — С. 110.

8. Практическая психодиагностика. Методика и тесты: Учебн. пособие. — Самара: Бахрах, 1998. — 672 с.

