

Коцуровська М.М.

студент,

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького*

**ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ: ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНДЕРНИХ
РОЗБІЖНОСТЕЙ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, АНАЛІЗ
ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ВИХІД У ПАЦІЄНТІВ,
КОТРІ ПЕРЕНЕСЛИ ХВОРОБУ**

Відомо що гендерні розбіжності впливають на особливості клінічної картини, наслідки, якість життя та функціональний вихід після ішемічного інсульту. Але ця ділянка ще недостатньо вивчена.

Тривалість життя має прямий зв'язок між похилим віком та виникненням інсульту. У осіб жіночої статі в усьому світі зростає середній вік, тому частота інсультів у жінок продовжує прогресивно зростати. Оскільки жінки похилого віку несуть основний тягар хвороби і залишкових явищ, не завжди є пряма кореляція між суб'єктивною оцінкою пацієнтом свого стану та функціональними порушеннями, тому це питання важливе для дослідження і наукового обґрунтування.

Відомо, що причинами гендерних розбіжностей в характеристиці ішемічного інсульту (ІІ) є генетичні, анатомічні, фізіологічні та гормональні особливості. Оцінка якості життя таких хворих із врахуванням цих особливостей дає повнішу інформацію лікарям про процеси відновлення після інсульту пацієнтів різних статей, їх лікування та має велике значення для покращення ефективності запобігання хвороби.

Мета: визначити як гендерні розбіжності пацієнтів впливають на клінічний перебіг у період гострого захворювання, котрі перенесли ішемічний інсульт, а також їх функціональний вихід та якість життя після 6 місяців.

Матеріали і методи: у гострий період та через 6 місяців обстежено 59 хворих після ішемічного інсульту, із них 30 чоловіків і 29 жінок, віком від 40 до 90 років включно (середній вік $67,9 \pm 10,6$ років). Тяжкість інсульту у гострий період визначалася за шкалою NIHSS. За допомогою шкали SF-36 оцінювалася якість життя хворих. За шкалою DASS визначалася наявність депресії, тривоги та стресу. Порівняння частотних характеристик показників проводилось з використанням методів порівняння пропорцій.

Результати: Серед пацієнтів жіночої статі як на момент госпіталізації, так і на 14 день від моменту розвитку ішемічного інсульту була більш вираженою важкість інсульту ($11,34 \pm 3,64$ проти $9,2 \pm 3,34$ та $7,22 \pm 3,48$ проти $6,2 \pm 3,69$, відповідно, $p < 0,05$). Особи жіночої статі серед хворих переважали ($55,8\%$ проти $44,2\%$ пацієнтів, $p = 0,015$) і були старшими порівняно з пацієнтами чоловічої статі ($70,3 \pm 10,9$ проти $61,8 \pm 11,4$ $p < 0,01$). Пацієнти жіночої статі частіше хворіли на цукровий діабет ($P < 0,05$), миготливу аритмію ($P = 0,01$) та артеріальну гіпертензію. У жінок більш частіше у гострому періоді ішемічного

інсульту зустрічалися афатичні розлади, проблеми із ковтанням, нетримання сечі. Серед пацієнтів чоловічої статі в анамнезі переважали куріння, вживання алкоголю ($p < 0,001$) і інфаркт міокарду ($p = 0,03$).

Спостереження через 6 місяців показали, що жіноча стать була прогнозованим чинником гіршого функціонального виходу при відносному ризику /BP/ 1.40; 95% ДІ 1.09-1.82 і залежності у щоденній активності BP 1.47; 95% ДІ 1.15-1.87. За шкалою SF-36 жінки якість життя по фізичному компоненту здоров'я оцінювали трохи гірше, ніж чоловіки. Хоча статистично значущої різниці не знайдено. Якість життя по психічному компоненту здоров'я через півроку у жінок була статистично значно гіршою ($P < 0,01$). Це проходило з більш вираженими депресивними розладами на той час. Хворі, котрі отримували значну підтримку з боку членів сім'ї і родини мали кращі показники загального стану здоров'я.

Висновки. Дослідження показало, що пацієнти жіночої статі є старшими порівняно з хворими чоловічої статі, характеризуються більш вираженими неврологічним дефіцитом на момент госпіталізації та гіршими функціональними наслідками і якістю життя; що після інсульту на функціональний вихід і якість життя впливають як медичні так і соціальні та демографічні фактори. від наявності і ступеня вираженості депресивних розладів залежить гірша оцінка якості життя у жінок у відновному періоді. Підтримка родини є важливий чинник у позитивному процесі лікування як для жінок, так і для чоловіків. Знання гендерних особливостей клінічної картини пацієнтів з ішемічним інсультом, аналізу їх якості життя та функціональних наслідків буде позитивно впливати на профілактику хвороби та лікування.

Список використаних джерел:

1. Віничук С. М., Мельник В. С., Маргітич В. М. Стрессова гіперглікемія після гострого ішемічного інсульту та її корекція з використанням людського рекомбінантного інсуліну короткої дії – фармасуліну // Укр. мед. часопис. № 1 (39) // 2004, 75-84 с.
2. Гуляев Д. В. Шкали в клінічній неврології // Київ, 2009.
3. Зозуля А. І. Характеристика оптимізованої системи комплексної медичної допомоги при судинній патології головного мозку. Укр. мед. часопис, № 6 (92) // 2012. – 103-108 с.
4. Зозуля І. С. Нейропротекторна терапія цераксоном у гострому періоді ішемічного інсульту. Междунар. неврол. журн., 5(21) // 2008. – 47-20 с.
5. Зозуля І. С., Вершигора А. В., Боброва В. І. та ін. За ред. проф. Зозулі І. С. Медицина невідкладних станів: швидка і невідкладна медична допомога. Підручник // Київ, 2012. – 728 с.
6. Мурашко Н. К. і ін. Догоспітальний етап при ішемічному інсульті. Методичні рекомендації. // Київ, 2014. – 26 с.
7. Мурашко Н. К. і ін. Міофасціальна терапія. Методичні рекомендації // Київ, 2014. – 20 с.
8. Мухін В. М. Фізична реабілітація // Київ, 2003.
9. Хобзей М. К., Міщенко Т. С та ін. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Ішемічний інсульт (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація) // 2012.
10. ЛФК в медичній реабілітації. Посібник для лікарів // Київ, 2002.
11. Журнал Здоров'я. – № 6. – 2002.
12. Журнал Здоров'я. – № 8. – 2002.