

лінії санаціяції на консультацію. Причому, операції проведені цими спеціалістами, і виконані в найкоротший термін. Наприклад, єдиний хворий, оперований у термін від 24 до 72 годин, і був пацієнтом районної лікарні.

#### Висновки

1. Більшість хворих з ускладненою хребетно-мозковою травмою отримували ІІІ групу інвалідності.

2. У лікуванні хворих з ускладненою хребетно-мозковою травмою переважають консервативні методи лікування.

3. За даними МСЕК, кожний п'ятий хворий (20 %) із ускладненою хребетно-спинномозковою травмою оперований (чи реоперований) у віддалені строки травми.

#### Література

1. Наказ № 222 від 24.07.1998 «Про удосконалення спеціалізованої медичної допомоги при хребетно-спинномозковій травмі».

2. Амелина О.А. К вопросу о периодизации травмы спинного мозга текст / О. А. Амелина, А.Ю. Макаров // I съезд нейрохирургов России: тез. док., Екатеринбург, 1995. – С. 124–125.

3. Бадалов В. Современный подход в лечении сочетанных травм позвоночника / В. Бадалов,

К. Коростылев, И. Сенько // IV съезд нейрохирургов России. Материалы съезда. Москва, 18–22 июня. – 2006. – С. 6–7.

4. Карепов Г.В. ЛФК и физиотерапия в системе реабилитации больных травматической болезнью спинного мозга текст / Г. В. Карепов. – Киев: Здоров'я, 1991. – 185 с.

5. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. Травма позвоночника и спинного мозга текст / В. А. Качесов. – СПб.: ЭЛБИ, 2005. – 128 с.

6. Клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим за спеціальностями «Нейрохірургія» та «Дитяча нейрохірургія» / Український нейрохірургічний журнал. – 2008. – № 3. – 224 с.

7. Оказание экстренной нейрохирургической помощи больным с позвоночно-спинномозговой травмой / А. Курамшин и др. // IV съезд нейрохирургов России. Материалы съезда. Москва, 18–22 июня. – 2006. – С. 63.

8. Скоромец А. А. Нервные болезни текст / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец М.: Медпрессинформ, 2005. – 544 с.

9. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із хребетно-спинномозковою травмою: методичні рекомендації / М. Є. Поліщук [та ін.]. – Київ. – 2006. – 36 с.

10. Ревизионные вмешательства у пострадавших с позвоночно-спинномозговой травмой грудной и поясничной локализации / А. Дулаев и др. // IV съезд нейрохирургов России. Материалы съезда. Москва, 18–22 июня. – 2006. – С.38–39.



УДК: 616.118-085

## КОМБИНИРОВАННАЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ И ПСИХО-ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

И. В. Дроздова<sup>1</sup>, Г. Б. Чумак<sup>2</sup>, А. А. Власенко<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Государственное учреждение «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

<sup>2</sup>Санаторий «Зори Украины», <sup>3</sup>санаторий «Дюльбер», г. Ялта

#### Резюме

Оцінювали динаміку показників добового моніторингу артеріального тиску, структурно-функціональних параметрів серця, психологічних особливостей, когнітивно-мнестичних функцій та якості життя в процесі монотерапії індапамідом і комбінованої терапії індапамідом та серталіном у хворих на артеріальну гіпертензію. Хворі були розподілені на 3 групи, залежно від наявності або відсутності нозогеній. Наявність нозогеній перешко-

джала досягненню цільового рівня артеріального тиску, нормалізації його добового профілю, зниженню показника «навантаження» тиском і поліпшенню скорочувальної здатності міокарда, когнітивно-мнестичних функцій та якості життя у хворих на артеріальну гіпертензію.

Значна поширеність нозогеній у хворих на артеріальну гіпертензію потребує комплексної системи психотерапевтичної та комбінованої медикаментозної корекції.

**Ключові слова:** артеріальна гіпертензія, нозогенії, якість життя, індапамід, серталін.

### Summary

*Estimated the dynamics of indexes of day's monitoring of arteriotony, structural-functional parameters of heart, psychological features, mental functions and quality of life in the process of monotherapy of indapamid and combined therapy of indapamid and sertalin for patients by a arterial hyperptension. Patients were divided into 3 groups depending on a presence or absence of nosogenies. The presence of nosogenies prevented to the achievement of having a special purpose level of arteriotony, normalization of his day's profile, decline of index «of loading» pressure and improvement of retractive ability of myocardium, mental functions and quality of life for patients by arterial hyperptension.*

*Considerable prevalence of nosogenies for patients by arterial hyperptension requires the complex antihypertensive psychotherapeutic and combined medicament therapy.*

**Keywords:** arterial hypertension, nosogenia, quality of life, indapamid, sertalin.

Артеріальна гіпертензія (АГ) являється одним из наиболее распространенных заболеваний современности, существенно влияющим на заболеваемость, инвалидность и смертность населения в большинстве стран мира. Сердечно-сосудистая патология выявляется у 3/4 населения Украины, у 2/3 она является причиной смертности, в то время как в большинстве стран ее удельный вес не превышает 50 % [1]. В Украине в 2007 г. АГ 1-й ст. встречалась в 47,0 %, АГ 2-й ст. – в 26,5 % случаев; среди городского населения АГ 1-й ст. – в 46,7 %, АГ 2-й ст. – в 25,2 % случаев; среди сельского населения – в 47,1 % и 27,0 % случаев, соответственно. Распространенность АГ в России составляет 36,9 % среди мужчин и 42,0 % среди женщин [1, 2].

За последние 10 лет распространенность АГ возросла вдвое и составляет 28 169,3; а заболеваемость – в 2,5 раза и составляет 2586,3 на 100 000 населения, что является следствием активной работы по выявлению АГ в рамках Национальной программы. Среди лиц, у которых впервые выявили АГ, 78,8 % – люди трудоспособного возраста (2038,8 на 100 тыс. нас.). Этот показатель значительно отличается в областях (от 4517,6 в Харьковской до 773,7 в Житомирской). Почти во всех ре-

гионах в этот же период снизился показатель первичной инвалидности от АГ с 1,7 до 0,9 на 10 тыс. нас. При заболеваниях системы кровообращения первичная инвалидность в 2005 году установлена у 58 491 больного, среди них лиц трудоспособного возраста – 33 155 (56,7 %). В структуре причин инвалидности ведущее место принадлежит цереброваскулярным заболеваниям, как среди взрослого (40,9 %), так и среди трудоспособного населения (35,5 %) [1].

Нозогении – психические расстройства, возникающие вследствие осознания угрозы для существования, исходящей от соматического заболевания [2]. Расстройства депрессивного спектра по распространенности не уступают АГ (46,0 и 47,0 %) [3]. Среди больных АГ 1-й и 2-й ст. у 7,5 и 9,3 % клинически выявлена дистимия, у 3,0 и 1,3 % – тревожное (уклоняющееся) расстройство личности, у 8,5 и 8,4 % – смешанное тревожнодепрессивное расстройство, у 37,3 и 39,4 % – неврастения, у 10,9 и 19,9 % – ипохондрическое расстройство, у 8,9 и 8,9 % – легкий депрессивный эпизод [4]. Нозогении ассоциируются с такими факторами риска, как курение, избыточное потребление алкоголя, одинокое проживание, низкий уровень образования и дохода, незанятость, стрес-

согенные жизненные события, женский пол, серьезные соматические заболевания, частые визиты в медицинские учреждения, прием психотропных препаратов [2]. До настоящего времени нерешенной остается проблема комбинированной (соматотропной и психотропной) терапии больных АГ с наличием нозогений.

Целью исследования было сравнение клинической эффективности и переносимости монотерапии и комбинированной (антигипертензивной и психотропной) терапии у больных АГ при наличии нозогений.

#### **Материалы и методы исследования**

Задачи исследования: сравнить эффективность и безопасность достижения целевого уровня артериального давления (АД) и уменьшения общего сердечно-сосудистого риска у больных АГ при наличии/отсутствии нозогений с использованием индапамида в дозе 0,75–1,5 мг; индапамида в дозе 0,75–1,5 мг и серталиина в дозе 25–50 мг в сутки.

Дизайн исследования: 24-дневное, рандомизированное, сравнительное исследование. В исследовании приняли участие 427 больных АГ в 4 центрах: Крымском республиканском НИИ физических методов исследования и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова, санатории «Ай-Петри», санатории «Украина», санатории «Дюльбер» г. Ялта.

Критерии включения: из числа обследованных было отобрано 65 больных АГ 1-й и 2-й ст., не принимавших или принимавших эпизодически гипотензивные препараты, которые распределены на 3 группы: в 1-ю группу вошли 16 больных АГ с отсутствием нозогений (14 женщин и 2 мужчин, в возрасте  $46,5 \pm 3,5$  года, с длительностью заболевания  $5,7 \pm 4,3$  года); во 2-ю группу вошли 32 больных АГ с наличием нозогений (27 женщин и 5 мужчин, в возрасте  $49,0 \pm 4,5$  года, с длительностью заболевания  $6,6 \pm 3,8$  года; дистимия выявлена у 3, смешанное тревожно-депрессивное расстройство – у 5, неврастения – у 14, ипохондрическое расстройство – у 3, легкий депрессивный эпизод – у 7 человек); в 3-ю группу вошли 17 больных АГ с наличием нозогений (15 женщин

и 2 мужчин, в возрасте  $46,2 \pm 3,7$  года, с длительностью заболевания  $5,7 \pm 2,4$  года; дистимия и тревожное (уклоняющееся) расстройство личности – по 1, смешанное тревожно-депрессивное расстройство – у 5, неврастения – у 3, ипохондрическое расстройство – у 2, легкий депрессивный эпизод – у 5 человек соответственно). Все больные получали информацию для пациентов и подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: вторичные формы АГ, стеноз почечных артерий, постоянная форма фибрилляции предсердий, выраженные нарушения функции почек и печени, инфаркт миокарда или нарушения мозгового кровообращения, кардиохирургические вмешательства, некомпенсированный сахарный диабет, наличие сопутствующего заболевания, которое могло в течение 3 месяцев повлиять на выживаемость и качество жизни больных, наличие противопоказаний к назначению тиазидных диуретиков и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, отказавшиеся от лечения.

Методология: пациентов рандомизировали на получение одного из следующих видов лечения: индапамид (арифон-ретард, фирмы Сервье) в дозе 0,75–1,5 мг один раз в сутки; индапамид 0,75–1,5 мг и серталиин (золофт, фирмы Пфайзер) в дозе 25–50 мг один раз в сутки.

Конечные точки: первичным параметром эффективности был процент снижения АД от исходного уровня за 24 дня. Вторичными параметрами эффективности были: улучшение сократительной способности и ремоделирования сердца; нормализация психологических особенностей; повышение качества жизни; уменьшение когнитивных расстройств.

Пациенты проходили обследование согласно протоколов оказания медицинской помощи больным эссенциальной артериальной гипертензией 1-й и 2-й стадий, больным дисциркуляторной энцефалопатией [5, 6]. Всем больным проводили точное мониторирование артериального давления (СМАД) на аппарате АВРМ-04 фирмы Meditech (Венгрия) [7].

Эхокардиографическое исследование проводили по общепринятым методикам на аппарате UltrasoundScannerГИ 628-А согласно стандартизованному протоколу [8].

Уровень ситуативной и личностной тревожности изучали по шкале реактивной (ситуативной) тревожности Ч. Д. Спилберга – Ю. Л. Ханина, астении – по шкале астенического состояния, депрессии – по шкалам сниженного настроения – субдепрессии, опросников депрессии Бека и Центра эпидемиологических исследований [9].

Качество жизни определяли при помощи «Способа оценки качества жизни, преимущественно у лиц с артериальной гипертензией» и изучали такие параметры, как физическое благополучие, психологическое/эмоциональное благополучие, самообслуживание и независимость действий, межличностное взаимодействие, социо-эмоциональную поддержку, общественную и служебную поддержку, личностную реализацию, общее восприятие качества жизни, суммарную оценку качества жизни [10].

При оценке когнитивно-мнестических функций использовали психологические тесты: речеслуховой памяти Рея, рисования часов, которые характеризуют пространственный праксис, последовательности действий, который характеризует логику мышления. По тесту «Корректирующая проба» исследовали внимание и оценивали умственную работоспособность, качество работы, концентрацию внимания, переключаемость внимания, оперативную память [9].

Статистическую обработку проводили после создания компьютерной базы данных в системе MicrosoftExcel иAccess при помощи персональной ЭВМ. Для оценки достоверности полученных изменений использовали парный t-критерий Стьюдента. Статистически значимым считали различия при  $p < 0,05$  [11].

### Результаты и их обсуждение

Применение индапамида в средней дозе 1,45 мг у всех больных АГ привело к достоверным изменениям офисного АД: систолического (САД), диастолического

(ДАД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) при отсутствии нозогений, САД и ДАД у больных с нозогениями. У больных АГ 1-й группы АД снизилось с 146,6 и 92,5 мм рт. ст. до 128,1/85,0 мм рт. ст., ЧСС уменьшилась с 71,8 до 67,3 уд. в мин., у больных АГ 2-й группы АД – с 142,2 и 91,3 мм рт. ст. до 128,6/83,3 мм рт. ст., у больных АГ 3 группы АД – с 147,9 и 94,1 мм рт. ст. до 127,6/81,8 мм рт. ст. Целевого уровня АД достигли 81,3; 68,8 и 76,5 % больных 1-й, 2-й и 3-й групп, что может быть связано со значительным числом больных АГ 1-й стадии в обследованной выборке лиц.

Использование индапамида у больных АГ с отсутствием нозогений привело к существенному снижению АД по данным СМАД. У больных 1-й группы достоверно уменьшились суточные показатели: среднего САД и пульсового АД, максимального ДАД, вариабельности САД, среднего и пульсового АД, индекса времени и площади гипертензии САД; дневные показатели: среднего САД, максимального САД, ДАД и среднего АД, вариабельности САД и пульсового АД, индекса времени гипертензии САД, индекса площади гипертензии САД и среднего АД; ночные показатели: среднего САД, максимального САД и пульсового АД, вариабельности САД, индекса времени и площади гипертензии САД.

Наличие нозогений в значительной мере уменьшало гипотензивный эффект индапамида у больных АГ. У больных 2-й группы статистически значимо уменьшились лишь суточный показатель минимального ДАД; дневные показатели: среднего САД, ДАД и среднего АД, индекса времени гипертензии ДАД и среднего АД; ночные показатели максимального ДАД и среднего АД.

Комбинированная терапия с использованием серталиина приводила к существенному усилению гипотензивного эффекта индапамида у больных АГ, даже при наличии нозогений. У больных 3-й группы значительно уменьшились суточные показатели: среднего САД, максимального САД и среднего АД, минимального ДАД и пульсового АД, вариабельности САД,

индекса времени и площади гипертензии ДАД и среднего АД; дневные показатели: среднего САД, среднего, максимального, минимального ДАД и среднего АД, среднего и минимального пульсового АД, вариабельности САД и среднего АД, индекса площади гипертензии САД и ДАД, суточного индекса среднего АД; ночные показатели: максимального САД, ДАД и среднего АД, среднего и минимального ДАД и среднего АД, вариабельности САД, среднего и пульсового АД, индекса времени гипертензии ДАД и среднего АД, индекса площади гипертензии среднего АД.

Аналогичные результаты были получены в исследовании АРГУС-2, где индапамид-ретард был назначен в качестве начальной монотерапии 13,7 % больных, как замена ранее неэффективной монотерапии – 6,8 %, как дополнение к недостаточно эффективной монотерапии – 31,9 %, как дополнение к недостаточно эффективной терапии без диуретика – 47,6 %.

Через 1 мес. в общей группе отмечалось достоверное снижение АД с  $158,8 \pm 14,2 / 93,4 \pm 10,0$  до  $142,1 \pm 14,1 / 85,1 \pm 9,4$  мм рт. ст. Целевого АД достигли 29,9 % пациентов. Через 2 мес. среднее АД составило  $135,5 \pm 11,7 / 81,7 \pm 8,4$  мм рт. ст., целевого АД достигли 54,4 % больных.

Через 3 мес. лечения частота достижения целевого АД составила 84,5%, средний уровень –  $131,8 \pm 9,7 / 80,5 \pm 6,9$  мм рт. ст. После включения индапамид-ретарда в состав терапии через 3 мес. целевого АД достигли 91,9 % больных с изолированной систолической АГ, 74,8 % больных с сахарным диабетом, 75,6 % больных с хронической нефропатией и 85,1 % больных с метаболическим синдромом [12].

Специфической проблемой реальной клинической практики является наличие и применение многочисленных генерических препаратов, представителями более дорогих препаратов являются арифон-ретард и арифон, препаратов со средней стоимостью – индапамид и индап, а наиболее дешевых препаратов – акрипамид [13]. Несмотря на то, что все эти препараты обладают достоверным гипотензивным эффектом, степень выраженности в отношении САД и ДАД варьирует

от 19,8 и 2,6 % при лечении арифон-ретардом до 8,6 и 19,2 % при лечении акрипамидом. По способности снижать величину пульсового АД препараты разместились следующим образом (в порядке убывания эффекта): арифон-ретард (33,3 %) > арифон (33,1 %) > индап (24,1 %) > индапамид (12,7 %). Акрипамид практически не влиял на величину пульсового АД. По способности уменьшать индекс массы миокарда левого желудочка препараты расположились в порядке убывания эффекта: арифон-ретард (17,3 %) > арифон (13,4 %) > индап (6,5 %) > индапамид (4,5 %). Акрипамид достоверно не влиял на этот показатель [14, 15].

Изучение эффективности и переносимости препарата индап в сравнении с препаратами арифон и арифон-ретард у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией, назначаемых как в виде монотерапии, так и в комбинации с ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, показало, что через 3 недели терапии изучаемые препараты индапамида приводили к достоверному снижению САД и ДАД, хотя различия между группами были недостоверными. Добавление лизиноприла в дозе 10 мг/сут приводило к дополнительному снижению АД, которое регистрировалось через 6 недель исследования. В среднем отмечалась тенденция к более выраженному эффекту арифона, однако различия между всеми препаратами были статистически незначимыми. Достижение «целевого» уровня АД при монотерапии и комбинированной терапии препаратом индап наблюдалось у 50,0 и 82,8 %, препаратом арифон – у 54,5 и 87,5 %, препаратом арифон-ретард – у 46,7 и 76,7 % больных. Переносимость терапии как хорошую определили 88,0 % пациентов, получавших индап, 94,0 % – принимавших арифон и 96,0 % – принимавших арифон-ретард [16].

Использование индапамида у больных АГ при отсутствии и наличии нозогений приводило к незначительным изменениям сократительной способности и ремоделирования миокарда. Наличие нозогений затрудняло достижения даже минимальных изменений ремоделирования миокарда.

Комбинируванна терапія у больних АГ с нозогеніями приводила к более сущест-венному підвищенню сократительной способности сердца и улучшению процесов ремоделювання.

Аналогічні результати отримані и в ряду досліджень [17, 18, 19]. Лікування АГ у больних старших вікстів с високим ризиком розвитку серцево-судинних ускладнень препаратом індапаміда показало, що цільовий рівень офісного АД достигнут был через 4 тижні у 46 % больних, через 12 тижнів – у 86 %. СМАД продемонструвало достовірне зниження САД за сутки, день и ніч, ДАД в нічне время, нормалізацію суточного профіля АД. В процесі 12-тижневого лікування маса міокарда левого желудочка уменьшилась на 7,0 % (с 224,3 до 209,1), достовірно снизился уровень суточной микроальбуминурии (с 189 до 123 мг/сут.). Лікування індапамідом существенно не повлияло на вегетативний гомеостаз; біохімічні показателі углеводного, ліпідного и пуринового обмену в процесі лікування індапамідом достовірно не змінилися; наблюдалось незначительное снижение уровня калия крови [17].

Індапамід-ретард в ліченні АГ у жінок после гістеректомії с збереженням яєчників, на фоні 16-тижневої терапії показав достовірне зниження за сутки САД на 7,9 %, ДАД – на 8,5 %, дневного САД – на 9,5 %, ДАД – на 10,7 %; ночного САД – на 8,8 %, ДАД – на 8,9 %, при відсуттві достовірних змін ЧСС, що свідчувало о гіповолевмічних и вазодилатуючих ефектах препарату. На фоні приєма ариффон-ретарда в дозі 1,5 мг отмечено уменьшение ударного и сердечного индексов, общего периферического сопротивления сосудов, обратное развитие гипертрофии миокарда левого желудочка; ариффон-ретард продемонстрував метаболічну інертність в отношении показателів ліпідного и углеводного обмена [18].

В проведенном нами дослідженні у больних АГ використання індапаміда и стабілізація АД приводили к снижению ситуативной тревожности, астении, сниженного настроения, депрессии. Личност-

ная тривожність практично не змінялась. Наялічие нозогеній прештвувало улучшению психологічних особностей больних АГ. У лиц 2-й групи в результате лічення отмечалось лишь незначительное уменьшение астении, сниженного настроения и депрессии; ни личностная, ни ситуативная тривожність не уменьшились. Комбинируванна терапія в большей степени привела к снижению у лиц 3-й группы ситуативной и личностной тривожности, астении, сниженного настроения и депрессии.

Приєм індапаміда у больних АГ приводил к улучшению качества жизни. В результате лічення у больних 1-й группы повышались фізическое и психическое благополучие, работоспособность, общее восприятие качества жизни. Незначительные изменения межличностного взаимодействия, соціоемоціональной и общественной поддержки, личностной и духовной реализации свідчувствовали о значительном підвищенні уровня тривожности у больних АГ, нарушениях микро- и макросоціального взаимодействия. Наялічие нозогеній прештвувало улучшению качества жизни у больних АГ: степень підвищення фізического и психологіческого благополучия, работоспособности, общего восприятия качества жизни у больних 2-й группы была значительно меньшей. Использование комбинированной терапії существенно підвищало фізическое и психологіческое благополучие, работоспособность, улучшало межличностное взаимодействие и независимость действий, общее восприятие качества жизни.

Аналогічні результати были получены в других дослідженнях при ліченні больних АГ індапамідом. По результатам опросника MOS-SF 36 уровень качества жизни у пациентов до лічення індапамідом составил  $45,9 \pm 3,0$ , после лічення –  $47,9 \pm 3,2$  балла. На фоні проведенной терапії індапамідом отмечалось улучшение когнітивно-мнестических функций (балл шкалы отсроченного воспроизведения увеличивался на 22,0 %) [17].

Данні літератури свідчувють о том, что одним из первых симптомов ко-

гнитивных расстройств у больных АГ является замедленность мышления: пациентам требуется больше времени и усилий для выполнения различных умственных упражнений, им становится трудно сосредоточиться, они испытывают трудности переключения с одного этапа деятельности на другой, отвлекаются от намеченной программы. Нарушения памяти на текущие события не характерны для больных АГ, им больше свойственны нарушения оперативной памяти; при этом им сложно удерживать большие объемы информации и быстро переключаться с одного источника информации на другой, что существенно затрудняет процессы обучения и получения новых навыков, но эти изменения не распространяются на запоминание и воспроизведение событий жизни [18].

Применение ариффон-ретарда у больных АГ привело к улучшению когнитивно-мнестических функций. Гипотензивный эффект ариффон-ретарда у больных АГ без нозогений способствовал повышению умственной работоспособности, концентрации и переключаемости внимания, памяти, праксиса и логики действий. Наличие нозогений затрудняло динамику когнитивно-мнестических функций: у больных 2-й группы наблюдались лишь изменения продуктивности умственной работоспособности, концентрации внимания и логики действий. Использование комбинированной терапии у больных АГ способствовало улучшению когнитивно-мнестических функций, невзирая на наличие нозогений. У больных 3-й группы улучшалась умственная работоспособность, концентрация внимания, память, праксис и логика действий.

Аналогичные результаты были получены в ряде исследований. Результаты нейропсихологического тестирования показали, что у больных АГ 2-й ст. в сравнении со здоровыми лицами отмечалось снижение внимания и психомоторной скорости в среднем на 25,0 % и мыслительных процессов – на 14,0 %. Лечение эналаприлом и ариффон-ретардом в течение 24 нед. оказывало положительное влияние на церебральную перфузию и приводило

к улучшению когнитивных функций – внимания, психомоторной скорости и мышления, о чем свидетельствовали увеличение знаков, отыскиваемых по таблице Шульте за 30 сек., в среднем на 16,0 %, уменьшение времени, затраченного на отыскивание чисел по модифицированной таблице Шульте на 18,0 %, улучшение абстрактного мышления на 10,0 % по данным выполнения теста «Сходство» [18].

На фоне 24-дневной антигипертензивной монотерапии ариффон-ретардом была выявлена положительная динамика мышления (до и после лечения снижение регуляции составило 53,8/34,6; снижение контроля – 88,5/50,0; нарушение simultанности – 76,9/42,3) и памяти – возросли точность запоминания и эффективность заучивания, при этом отсутствовало негативное влияние на объем памяти (низкая эффективность заучивания составила 69,2/46,1; конфабуляция – точность запоминания – 73,1/46,1) [19].

Таким образом, проведенное нами исследование свидетельствовало о том, что индапамид является высокоэффективным антигипертензивным препаратом для лечения больных АГ, даже при наличии нозогений. Препарат существенно влиял на офисное АД, способствовал нормализации суточного профиля АД, снижал показатели нагрузки давлением, не увеличивал вариабельности АД. Терапия индапамидом способствовала улучшению морфо-функционального состояния сердца, уменьшала его объем, размеры и гипертрофию левого желудочка, улучшала сократительную способность и ремоделирование левого желудочка. Использование индапамида ассоциировалось с улучшением качества жизни и показателей когнитивно-мнестических функций. Наличие у больных АГ нозогений значительно уменьшало влияние индапамида на достижение целевого уровня АД, снижение показателей нагрузки давлением и сократительной способности миокарда, улучшение когнитивно-мнестических функций, психологических особенностей и повышение качества жизни у больных АГ. Комбинированная терапия индапамидом и серталином

у больных АГ с нозогениями давала возможность комплексного воздействия как соматического, так и психологического этиопатогенетического звена заболевания, улучшая клинические и психологические особенности, когнитивно-мнестические функции и качество жизни больных, давала возможность лечить не болезнь, а больного.

Следовательно, тактика комбинированной терапии у больных АГ должна определяться как стратегией гипотензивной терапии, так и потребностью в психотерапии и психофармакотерапии, в связи со значительной распространенностью нозогений при АГ. Инициация антигипертензивной терапии у больных АГ может начинаться с учетом существующих рекомендаций и директив по лечению больных АГ, однако должна быть дополнена, в связи со значительной распространенностью нозогений. Стратегия антигипертензивной и психофармакологической терапии у больных АГ должна начинаться с уточнения степени повышения АД, стратификации сердечно-сосудистого риска и необходимости достижения целевого уровня АД. Выбор может быть между моно- и комбинированной терапией, но если в результате гипотензивной терапии целевой уровень АД не достигается, необходимо добавить психотерапию и психофармакотерапию.

#### Литература

1. Гайдаев Ю. О. Розробка і впровадження Державної програми профілактики та лікування серцево-судинної і судинно-мозкової патології / Ю. О. Гайдаєв // Укр. кард. журнал. – 2007. – № 4. – С. 8–12.
2. Смулевич А. Б. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин – М.: МИА, 2005. – 778 с.
3. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Оганов, Г. В. Погозова, С. А. Шальнова [и др.] // Кардиология. – 2005. – № 8. – С. 37–43.
4. Дроздова І. В. Психічні і поведінкові розлади у хворих з артеріальною гіпертензією // Укр. кард. журнал. – 2006. – Спец. випуск. – С. 48–53.
5. Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» – 55 с. [WWW-документ]. URL: <http://www.ifp.kiev.ua>
6. Наказ МОЗ України № 487 від 17.08.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія» – 23 с. – [WWW-документ]. URL: <http://www.ifp.kiev.ua>
7. Дзяк Г. В. Суточное мониторирование артериального давления: (Монография) / Г. В. Дзяк, Т. В. Колесник, Ю. Н. Погорельский. – Д., 2005. – 200 с.
8. Эхокардиография / Под ред. Х. Фейгенбаум. – 5-е изд. – М.: Видар, 1999. – С. 105–138.
9. Елисеєв О. П. Практикум по психологии личности. – СПб.: Питер, 2005. – 509 с.
10. Деклараційний патент на винахід UA 65491 А А 61 В 5/00, А 61 В 10/00 Спосіб оцінки якості життя, переважно у осіб з артеріальною гіпертензією: Пат. UA 65491 А / Г. В. Дзяк, І. В. Дроздова (Україна) Дніпропетровська державна медична академія. – № 2003 121 1381; Заявл. 11. 12.2003; Опуб. 15.03.2004, Бюл. № 3, 2004 р. – 10 с.
11. Статистична обробка даних / В. П. Бабак, А. Я. Білецький, О. П. Приставка [и др.] – К.: МІВ-ВЦ, 2001. – 388 с.
12. Проблемы взаимодействия врача и пациента и контроль артериальной гипертонии в России. Основные результаты Российской научно-практической программы АРГУС-2 / Ж. Д. Кобалава, Ю. В. Котовская, Е. Г. Старостина [и др.] // Кардиология. – 2007. – № 3. – С. 38–64.
13. Негода С. В. Комбинированная антигипертензивная терапия: все ли комбинации одинаково полезны? / С. В. Негода // Кардиология. – 2007. – № 2. – С. 57–64.
14. Применение дженериков индапамида: клинические и фармакоэкономические аспекты / В. И. Петров, Ю. М. Лопатин, С. В. Недогада [и др.] // Эконом. вестн. фармакологии. – 2002. – № 6. – С. 83–88.
15. Поздняков Ю. М. Клинико-экономический анализ эффективности различных индапамидов у больных артериальной гипертензией 1-й и 2-й степени (ВОЗ/МОАГ, 1999) / Ю. М. Поздняков // Южно-Рос. мед. журн. – 2004. – № 4. – С. 36–38.
16. Изучение эффективности и переносимости препарата индап в сравнении с препаратами арифон и арифон-ретард у больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией, назначаемых как в виде монотерапии, так и в комбинации с ингибиторами АПФ. Многоцентровое, открытое, рандомизированное, перекрестное исследование / С. Ю. Марцевич, Н. П. Кутишенко, А. Д. Деев [и др.] // Рос. кард. журнал. – 2006. – № 2. – С. 73–77.
17. Стаценко М. Е. Органопротекция и качество жизни пожилых больных с артериальной гипертонией при терапии индапамидом / М. Е. Стаценко, Т. Г. Щербакова, А. О. Осипова // Рос. кард. журнал. – 2006. – № 4. – С. 54–58.
18. Изменения церебральной перфузии и когнитивной функции у больных эссенциальной гипертонией на фоне гипотензивной терапии / И. Ю. Ефимова, Н. Ю. Ефимова, С. В. Трисс [и др.] // Кардиология. – 2006. – № 1. – С. 50.

19. Остроумова О. Д. Артериальная гипертония у пожилых больных и состояние высших психических функций / О. Д. Остроумова, И. В. Десницкая, В. А. Поликарпов // Кардиология. – 2006. – № 4. – С. 85–88.

20. Преображенская И. С. Возрастная когнитивная дисфункция: диагностика и лечение / И. С. Преображенская, Н. Н. Яхно // Журн. неврол. и психиатр. – 2006. – № 11. – С. 33–38.



УДК 617.7-053.2-056.7

## МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ПРИКЛАДНЫХ ВОПРОСОВ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ГЛАЗ У ДЕТЕЙ

С. А. Рыков<sup>1</sup>, д. м. н., профессор, Е. М. Савина<sup>2</sup>, врач

<sup>1</sup>Кафедра офтальмологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика

<sup>2</sup>Национальная детская специализированная больница «Охматдет», Киев

### Резюме

*Стаття присвячена методологічним особливостям вивчення прикладних питань з проблеми попередження сліпоти і слабозорості, результати яких необхідні для планування медико-генетичних заходів. Розглядаються методологічні питання вивчення розповсюдженості, динаміки та структури спадкової патології очей, стан реабілітації хворих дітей і втрачені можливості своєчасного відновного лікування, а також контекстові чинники попередження тяжкої патології очей.*

**Ключові слова:** *спадкова патологія очей, сліпота, тяжка слабозорість, контекстові чинники, медична реабілітація, генетико-епідеміологічні дослідження.*

### Summary

This article is devoted to methodological features of the study of applied problems for the issue of prevention of blindness and visual impairment, whose results are needed for planning medical genetic measures. It is concerned about methodological issues of studying the prevalence, dynamics and structure of genetic eye disease, state of rehabilitation of sick children and lost opportunities of timely rehabilitation and context factors for preventing severe eye pathology as well.

**Keywords:** hereditary eye pathology, blindness, severe visual impairment, context factors, medical rehabilitation, genetic-epidemiological research.

Наследственная патология глаз, особенно у детей, – это проблема, сопровождающая развитие человечества во все времена. Она характеризуется уродствами развития глаз и тяжелыми наследственными заболеваниями глаз, меры предупреждения и методы лечения которых до настоящего времени малоэффективны. Генетически детерминированная патология глаз часто приводит к слепоте или тяжелому слабовидению. Рожденные с такой

патологией дети с раннего детства и до конца своей жизни имеют физический и социальный статус «людей с ограниченными возможностями». Это приводит к постоянной ответственности государства за их судьбу в течение всей жизни (пенсионное обеспечение, все виды реабилитации, обеспечение равных прав) [1].

Наследственные заболевания глаз у детей в подавляющем большинстве являются врожденными (врожденная наслед-