

Опыт применения карведилола у пациентов молодого возраста с артериальной гипертензией и избыточной массой тела/ожирением в сочетании с немедикаментозным воздействием в первичном звене здравоохранения

Г.И. Нечаева, Е.Н. Логинова, М.И. Шупина, Ю.В. Терещенко*

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия. Омск, Россия

Carvedilol monotherapy and lifestyle modification among young patients with arterial hypertension and overweight/obesity in primary healthcare settings

G.I. Nechaeva, E.N. Loginova, M.I. Shupina, Yu.V. Tereshchenko*

Omsk State Medical Academy. Omsk, Russia

Цель. Оценить динамику сердечно-сосудистых факторов риска (ФР) и качества жизни (КЖ) молодых пациентов с артериальной гипертензией АГ 1-2 степени (ст.) и избыточной массой тела (МТ)/ожирением (Ож) на фоне сочетания медикаментозного и немедикаментозного воздействия (прием карведилола + “Школа пациента с АГ”) и монотерапии карведилолом.

Материал и методы. В открытое, параллельное, рандомизированное, клинико-профилактическое исследование включены 63 амбулаторных пациента с АГ 1-2 ст. с избыточной МТ/Ож. Пациенты возрастом от 18 до 27 лет рандомизированы в 2 группы (гр.). Все больные АГ получали карведилол 25 мг/сут. При недостаточном антигипертензивном эффекте доза карведилола могла быть увеличена в 2 раза. Помимо этого, пациентам основной гр. (ОГ) (n=32) была проведена специальная структурированная программа “Школа для пациентов с АГ”. Исходно и через 24 нед. оценивали изменение уровня артериального давления (АД), КЖ, индекса МТ (ИМТ), биохимических показателей, ФР.

Результаты. Среди пациентов ОГ отмечено более значимое снижение ФР, чем в гр. сравнения (ГС). В ОГ было отмечено статистически значимое снижение ИМТ с $32,5 \pm 0,4$ до $26,4 \pm 0,7$ кг/м² ($p < 0,01$) vs с $31,8 \pm 0,8$ до $28,9 \pm 1,18$ кг/м² ($p < 0,05$) в ГС. В ОГ систолическое АД (САД) снизилось на 20,1% от исходного, диастолическое (ДАД) на 25,6% от исходного. В ГС САД снизилось на 18,9% от исходного, а ДАД на 26% от исходного. В ОГ по сравнению с ГС выявлено достоверное повышение КЖ по шкалам физического функционирования ($p = 0,003$) и боли ($p = 0,032$), что обусловило увеличение суммарного показателя физического компонента здоровья ($p = 0,001$).

Заключение. Целесообразно проводить фармакотерапию (карведилолом) у молодых пациентов с АГ и избыточной МТ/Ож вместе с их обучением.

Ключевые слова: артериальная гипертония, молодые пациенты, карведилол, качество жизни.

Aim. To evaluate the dynamics of cardiovascular risk factors (RFs) and quality of life (QoL) in young patients with Stage I-II arterial hypertension (AH) and overweight/obesity during pharmaceutical (carvedilol monotherapy) and non-pharmaceutical (School for AH Patient) intervention.

Material and methods. This open, randomised, clinico-preventive study in parallel groups included 63 out-patients with Stage I-II AH and overweight/obesity. The patients aged 18-27 years were randomised into 2 groups. All participants were randomised into two groups and received carvedilol (25 mg/d). In patients with uncontrolled blood pressure (BP), carvedilol dose could be titrated up to 50 mg/d. In addition, the main group (MG; n=32) received non-pharmaceutical structured intervention “School for AH Patient”. At baseline and after 24 weeks of the therapy, the levels of BP, QoL, body mass index (BMI), biochemical parameters, and RFs were assessed.

Results. In the MG, RF levels were reduced to a greater extent than in the comparison group (CG). The MG

© Коллектив авторов, 2010
e-mail: log-ekaterina@yandex.ru

[Нечаева Г.И. — заведующая кафедрой внутренних болезней и семейной медицины ПДО, Логинова Е.Н. (*контактное лицо) — ассистент кафедры, Шупина М.И. — доцент кафедры, Терещенко Ю.В. — ассистент кафедры].

patients demonstrated a greater decline in BMI (from $32,5 \pm 0,4$ to $26,4 \pm 0,7$ kg/m²; $p < 0,01$) than the CG individuals (from $31,8 \pm 0,8$ to $28,9 \pm 1,18$ kg/m²; $p < 0,05$). In the MG, baseline systolic and diastolic BP levels decreased by 20,1% and 25,6%, respectively; the respective decrease in the CG was 18,9% and 26%. In contrast to the CG, the MG demonstrated a significant improvement in QoL scales for physical functioning ($p = 0,003$) and pain ($p = 0,032$), with subsequent improvement in summary score of physical health component ($p = 0,001$).

Conclusion. In young AH patients with overweight/obesity, pharmacotherapy (carvedilol) should be combined with educational programs.

Key words: Arterial hypertension, young patients, carvedilol, quality of life.

Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о развитии пандемии артериальной гипертензии (АГ): в 2000г в мире насчитывалось 972 млн. больных АГ; по прогнозу на 2025г их количество возрастет до 1,56 млрд. [1]. Напряженная эпидемиологическая ситуация отмечена в РФ, где сохраняется устойчивая тенденция к высоким показателям сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [2]. Учитывая широкую распространенность АГ и ее осложнений, многие авторы подчеркивают важность выявления и коррекции повышенного артериального давления (АД), применимых на уровне первичного звена здравоохранения, в частности — в амбулаторно-поликлинической практике [3–5]. Необходимость разработки таких схем для врачей общей врачебной практики, терапевтов, кардиологов продиктована тем, что они наиболее часто сталкиваются с проблемами диагностики и лечения АГ у лиц молодого возраста. Высокая обращаемость пациентов к врачам первичного звена здравоохранения обеспечивает возможности для выявления АГ уже на ранних стадиях заболевания до появления субъективных жалоб и осложнений, что позволяет сразу начать лечение и не допустить прогрессирования заболевания. Врачи, работающие в условиях амбулаторно-поликлинической практики, имеют большие возможности проведения мероприятий по профилактике АГ и сердечно-сосудистых осложнений (ССО) путем обучения пациентов при постоянном общении с ними.

Существуют международные и общероссийские стандарты, содержащие конкретные предложения по классификации, постановке диагноза, принципам профилактики и лечения АГ во взрослой популяции [6]. Однако недостаток доказательных данных, касающихся соотношения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, а также эффективности последних у лиц молодого возраста, препятствует проведению адекватных профилактических и лечебных мероприятий в этой возрастной группе [7,8]. Основной причиной неадекватного контроля АД в молодом возрасте является отсутствие приверженности лечению больных, поскольку начальные степени (ст.) АГ нередко имеют асимптоматическое течение и не ухудшают качества жизни (КЖ). В связи с этим, требования, предъявляемые к проводимому вмешательству должны быть чрезвычайно

строгими, поскольку даже незначительно выраженные нежелательные эффекты (НЭ) терапии могут ухудшить самочувствие больного и вызвать отказ от следования врачебным рекомендациям.

Результаты многоцентрового исследования “КАМЕЛИЯ” (Сравнение терапии, основанной на Карведилоле и Метопрололе у больных артериальной гипертензией и избыточной массой тела/ожирением: многоцентровое, открытое, параллельное, рандомизированное исследование, направленное на достижение целевого уровня АД при длительной терапии), проведенного в 16 городах России (в т.ч. в г. Омске) продемонстрировали высокую эффективность и безопасность α и β -адреноблокатора (α - и β -АБ) карведилола (Ведикардол, ОАО Синтез, Россия) у больных АГ с высоким риском ССО [9]. Назначение Ведикардола пациентам с АГ и избыточной массой тела (ИзМТ)/ожирением (Ож) позволило не только достигнуть целевого уровня АД у большинства пациентов при хорошей переносимости препарата, но и положительно воздействовать на важные метаболические параметры: липидный профиль, уровень глюкозы и мочевой кислоты [9]. В связи с этим, было принято решение в г. Омске изучить эффективность Ведикардола у молодых больных АГ с ИзМТ/Ож (не принимавших участие в исследовании “КАМЕЛИЯ”), в т.ч. на фоне проведения образовательной программы.

Цель исследования — оценить динамику сердечно-сосудистых факторов риска (ФР) и КЖ молодых пациентов с АГ 1-2 ст. и ИзМТ/Ож на фоне сочетания медикаментозного и немедикаментозного воздействия (прием карведилола + проведение “Школы пациента с АГ”) и монотерапии карведилолом.

Материал и методы

На базе клиники Омской государственной медицинской академии (ОмГМА), в период с октября 2008г. по март 2009г. было выполнено открытое, параллельное, рандомизированное, клинико-профилактическое исследование с участием 63 амбулаторных пациентов с АГ 1-2 ст. с ИзМТ/Ож. С целью обеспечения репрезентативности исследования, размер выборки, минимально достаточный для получения доказательных данных, рассчитывался по номограмме Альтмана для мощности 80% и двустороннего уровня значимости 0,05 (Петри А., Сэбин К., 2003). Критериями включения в настоящее исследование были: возраст 18-27 лет, АГ 1-2 ст., ИзМТ/Ож, умеренный и высокий

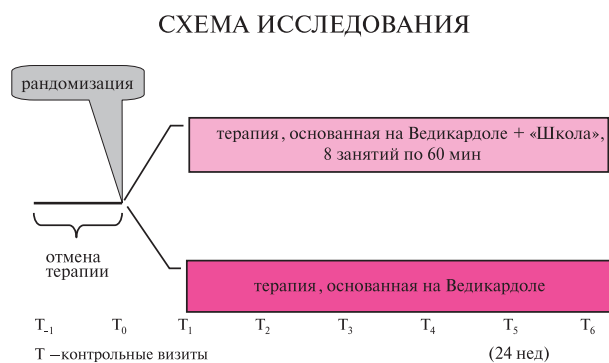


Рис. 1 Схема исследования.

риск развития ССО [6]. Пациенты с симптоматической АГ, а также беременные и кормящие женщины в исследование не включались. Диагноз АГ устанавливали в соответствии с рекомендациями ВНОК 2008 — при уровне систолического АД (САД) ≥ 140 мм рт.ст. и/или диастолического (ДАД) ≥ 90 мм рт.ст. [6]. В дальнейшем пациенты методом стратифицированной рандомизации были разделены на 2 группы (гр.), сопоставимые по полу, возрасту, семейному положению и длительности заболевания.

При исследовании КЖ использовали русифицированную версию опросника SF36 [10]. Оценка КЖ включала в себя анализ 36 пунктов опросника, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование (Physical Functioning — PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning — RP), интенсивность боли (Bodily Pain — BP), общее состояние здоровья (General Health — GH), жизненная активность (Vitality — VT), социальное функционирование (Social Functioning — SF), эмоциональное состояние (Role Emotional — RE) и психическое здоровье (Mental Health — Mh). Результаты исследования по 8 шкалам были сгруппированы в два показателя — «физический компонент здоровья» (PH — Physical Health), включающий в себя первые четыре параметра: PF, RP, BP, GH; и «психологический компонент здоровья» (MH — Mental Health), служащий для оценки последних четырех параметров: VT, SF, RE, Mh [10]. Пациенты заполняли анкету на приеме у врача в течение 15 мин, поскольку риск получения неправильно заполненной анкеты или потери ее при заполнении дома выше, чем при непосредственном опросе пациентов.

Все больные АГ, включенные в исследование, получали терапию карведилолом 25 мг/сут. При недостаточном антигипертензивном эффекте доза карведилола могла быть увеличена в 2 раза. Если показатели АД не достигали целевых, то пациентам могла быть назначена комбинированная терапия: добавление к терапии карведилолом амлодипина 5–10 мг (Амлорус, той же фирмы). Исследование продолжалось 24 нед. (рисунок 1).

Для представителей основной гр. (ОГ): $n=32$; средний возраст — $24,8 \pm 1,2$ лет; 53,1% мужчин, помимо медикаментозного лечения, была проведена специальная структурированная программа «Школа для пациентов с АГ» (в дальнейшем — «Школа»), разработанная на основании организационно-методического письма и информационно-методического пособия ГНИЦ ПМ [4,11]. С этой целью гр. была разделена на 4 подгруппы, включающих 7–8 молодых лиц с АГ. Цикл обучения состоял из 8 занятий для каждой подгруппы (темы:

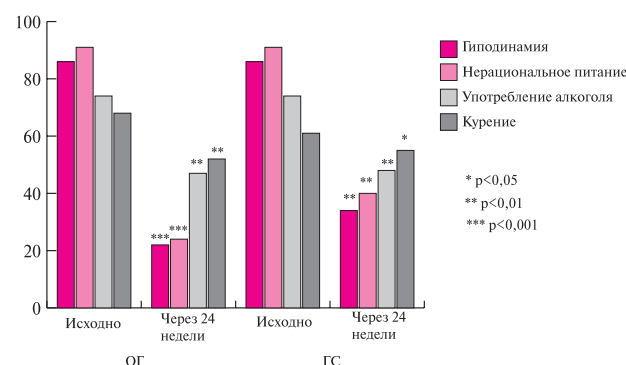


Рис. 2 ФР в исследуемых гр. через 24 нед. терапии.

понятие об АГ; преодоление стресса; опасность курения; ИЗМТ и АГ; программа здорового питания; программа повышения физической активности (ФА); особенности лечения АГ в молодом возрасте; заключительное занятие). Занятия проводились по фиксированным дням 2 раза в нед., в назначенное время, продолжительность 60 мин. Форма занятия — семинар в виде свободного диалога (дискуссии) с пациентами, вовлеченности слушателей в процесс обучения. Особое внимание на занятиях уделялось стимулированию активной личностной позиции лиц молодого возраста с АГ в отношении своего здоровья, повышению мотивации к лечению, разъяснению негативных последствий влияния ФР на здоровье и будущую карьеру. С целью иллюстрации и пояснения материала применялись визуальные средства — плакаты, буклеты и листовки, содержащие полезные советы по модификации образа жизни. Демонстрация необходимой информации осуществлялась также с помощью мультимедийных средств обучения.

Пациентам гр. сравнения (ГС): $n=31$; средний возраст $25,13 \pm 1,19$ лет; 48,4% мужчин, в рамках обычной врачебной консультации было назначено лечение карведилолом в дозе 25 мг/сут. и даны стандартные рекомендации по изменению образа жизни.

Представители обеих гр. были обучены способам самоконтроля АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС) и обеспечены «Дневником пациента». Дневник содержал справочный материал, в т.ч., подробное описание диетических рекомендаций, физических упражнений и т. п. Пациентам рекомендовали ежедневно заносить в дневник результаты самоконтроля АД и ЧСС.

В ходе исследования пациентов приглашали на контрольные визиты (1 раз в 4 нед — 6 визитов), во время которых оценивали изменение АД по отношению к исходному уровню на каждом визите и в конце исследования, а также количество пациентов, достигших «целевых» показателей АД ($< 140/90$ мм рт.ст.). Оценивали динамику индекса массы тела (ИМТ) и биохимических показателей: липидный спектр, креатинин (Кр), мочевого кислоты (МК), глюкозы. Все 63 пациента завершили исследование в полном соответствии с протоколом, одобренным Этическим комитетом ОмГМА. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в исследовании.

При статистическом анализе критический уровень значимости p принимался равным 0,05. Выбор методов статистической обработки определяли характером распределения признаков, типом данных и дизайном исследования. Средние выборочные значения количественных

Таблица 1

Сравнительная характеристика пациентов исследуемых гр. по основным клиническим и лабораторным параметрам

Показатель	ОГ (n=32)	ГС (n=31)	p
ИМТ, кг/м ²	32,5±0,4	31,8±0,8	0,92
ОТ, см	98,8±0,9	101,9±0,7	0,73
САД, мм рт.ст.	155,8±0,9	157,3±0,9	0,69
ДАД, мм рт.ст.	93,7±0,5	94,9±0,7	0,78
ЧСС, в мин	75,9±0,9	76,3±0,8	0,91
ОХС, ммоль/л	6,70±0,08	6,78±0,09	0,92
ХС ЛНП, ммоль/л	4,85±0,09	4,92±0,08	0,84
ТГ, ммоль/л	1,48±0,07	1,35±0,09	0,83
Креатинин, мкмоль/л	91,9±1,1	92,5±1,2	0,78
МК, мкмоль/л	228,5±3,8	232,3±4,1	0,67
Глюкоза, ммоль/л	4,79±0,08	4,68±0,06	0,74

Примечание: p — критический уровень значимости, ОТ — окружность талии, ТГ — триглицериды.

признаков приведены в тексте в виде $M \pm SE$, где M — среднее выборочное, SE — стандартная ошибка среднего.

Результаты

По наличию как основных, так и дополнительных ФР, значимых различий между исследуемыми гр. выявлено не было; гр. были сопоставимы по основным клиническим и лабораторным параметрам (таблица 1). Сравнительный анализ показателей КЖ также не выявил достоверных различий.

Недооценка важности изменения образа жизни и борьбы с модифицируемыми ФР АГ была вполне типичной для молодых людей — участников исследования. Для большинства представителей исследуемых гр. было характерно отсутствие достаточного стремления к уменьшению стрессовых воздействий, увеличению ФА, снижению ИзМТ, уменьшению потребления поваренной соли и прекращению табакокурения. Однако через 24 нед. от начала профилактических мероприятий в обеих гр. были прослежены позитивные результаты. У пациентов ОГ, закончивших цикл обучения в “Школе”, объем ФА расширили 78,1% пациентов, ограничение жирной, мучной пищи и сладкого наблюдалось в 75% случаев, поваренной соли — в 93,8%, главным образом за счет чипсов, сухариков, орешков и т. п. Уменьшилось число лиц, употребляющих алкоголь, в т.ч. за счет пива и слабоалкогольных напитков, 15,6% пациентов отказались от курения, а 81,3% уменьшили количество выкуриваемых за день сигарет (рисунок 2). При этом было отмечено статистически значимое снижение ИМТ с $32,5 \pm 0,4$ до $26,4 \pm 0,7$ кг/м² ($p < 0,01$) (рисунок 3).

В ГС, пациенты которой получили обычную рекомендацию по изменению образа жизни на первом визите, наблюдалось статистически значимое повышение ФА, снижение употребления в пищу атерогенных продуктов, мучного и сладкого, поваренной соли (рисунок 2). Рационализация питания сопровождалась снижением ИМТ с $31,8 \pm 0,8$ до

$28,9 \pm 1,18$ кг/м² ($p < 0,05$) (рисунок 3). Уменьшили количество выкуриваемых сигарет 45,2% курящих, в то время как полностью отказались от курения не более 6,5% обследованных ($p < 0,05$). Потребление алкогольных напитков в гр. уменьшилось на 26% ($p < 0,01$), главным образом за счет крепких спиртных напитков, при этом употребление пива и слабоалкогольных коктейлей по-прежнему оставалось на высоком уровне (рисунок 2). Между тем, сравнительная характеристика эффективности проводимого лечения позволила дать более высокую оценку работе “Школы”, поскольку положительная динамика в ОГ была статистически значимо выше, чем в ГС, особенно в отношении употребления молодыми людьми алкогольных напитков и, что очень важно, повышения устойчивости к стрессовым воздействиям (рисунок 2).

Уже на первых контрольных визитах было отмечено статистически значимое снижение как САД, так и ДАД по отношению к исходным данным ($p < 0,05$). За время наблюдения в ОГ САД снизилось на 31,6 мм рт.ст. (20,1%) от исходного значения, ДАД — на 20,6 мм рт.ст. (25,6%) от исходного. В ГС САД снизилось на 29,7 мм рт.ст. (18,9%) от исходного значения, ДАД — на 19,4 мм рт.ст. (26%) (рисунок 4). При достижении целевого уровня АД (САД/ДАД $< 140/90$ мм рт.ст.) пациенты продолжали прием препарата в прежней дозировке (25 мг/сут.). При недостаточном антигипертензивном эффекте, спустя 4 нед. от начала терапии проводилась титрация дозы карведилола с 25 мг до 50 мг/сут. под контролем пульса. Никому из пациентов не потребовалось дополнительного назначения антигипертензивных препаратов (АГП) других классов в связи с достижением целевого уровня АД всеми больными АГ. Тем не менее, дозу карведилола увеличивали несколько чаще в ГС. Каждый раз дозы карведилола корректировали после контрольного измерения АД (не менее 3 раз). На каждом визите регистрировали электрокардиограмму (ЭКГ).

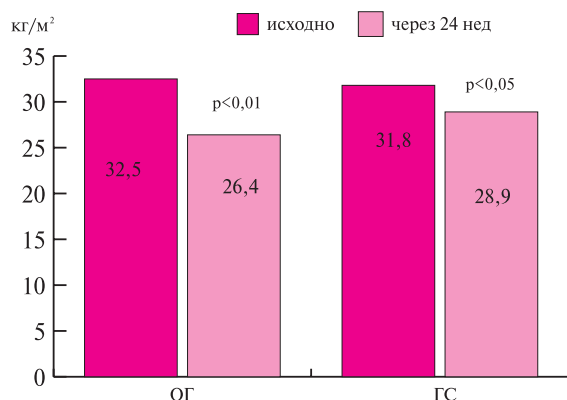


Рис. 3 ИМТ в исследуемых гр. через 24 нед. терапии.

В ходе исследования у пациентов не было выявлено нежелательных явлений (НЯ) и побочных эффектов (ПЭ). Наиболее значимое снижение ЧСС отмечалось в начале исследования, когда оценивался эффект терапии карведилолом, назначенным в стартовой и в удвоенной после титрации дозах. В дальнейшем прирост отрицательного хронотропного эффекта был не столь выраженным, и во второй части исследования ЧСС уже существенно не менялась.

В обеих гр. отмечена тенденция к снижению содержания глюкозы, общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), а также МК. При этом более выраженное влияние на показатели углеводного, липидного и пуринового обменов имело место в гр. молодых лиц с АГ, лечившихся карведилолом и проходивших обучение в “Школе” (таблица 2).

Оценка показателей КЖ пациентов ОГ через 24 нед. от начала исследования выявила уменьшение частоты и интенсивности боли (BP+17,8%; p=0,000), повышение работоспособности (RP+13,5%; p=0,05) и толерантности к физическим нагрузкам (PF+4,7%; p=0,042). Повысилась оценка молодыми пациентами ОГ состояния своего здоровья (GH+10,0%; p=0,041), что, вероятно, было обусловлено хорошим состоянием здоровья на момент опроса и принятием позитивных перспектив лечения. Все это определило существенное повышение суммарного физического компонента здоровья (PH+5,8%; p=0,000). Между тем, на данном этапе исследования было отмечено достоверное снижение суммарного показателя психологического компонента здоровья (MH — 5,0%; p=0,022) на фоне ухудшения КЖ по шкалам ролевого эмоционального функционирования (RE — 9,1%; p=0,115) и психического здоровья (Mh — 6,1%; p=0,181). Достоверная положительная динамика была отмечена только по шкале социального функционирования (SF+16,9% по 25 перцентилю; p=0,006) и недостоверная — по шкале жизненной активности (VT+8,3% по 75 перцентилю; p=0,633), что свидетельствовало о том, что молодые больные АГ отно-

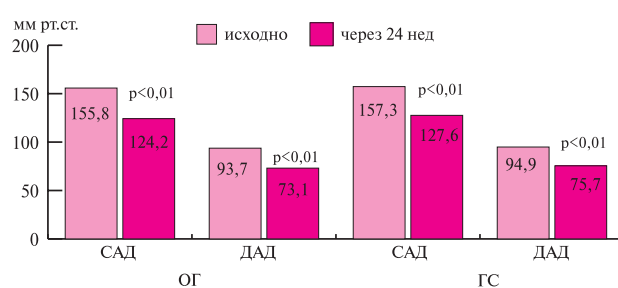


Рис. 4 САД и ДАД в исследуемых гр. через 24 нед. терапии.

сятся к числу социально активных, деятельных и коммуникабельных личностей. Однако, предъявляя к окружающим и к себе высокие требования, они были не всегда удовлетворены объемом выполненной работы, что и определило некоторое снижение КЖ по шкале ролевого эмоционального функционирования (RE). Снижение общего показателя положительных эмоций в данной гр. могло быть обусловлено определенными неудобствами, связанными с началом мероприятий по изменению образа жизни.

Оценка показателей КЖ пациентов ГС через 24 нед. от начала исследования выявила некоторое увеличение показателей по шкалам физического и ролевого физического функционирования, особенно по шкале, характеризующей субъективные болевые ощущения (+19,4% по 50 перцентилю, p=0,198). Указанные выше изменения привели к повышению оценки молодыми пациентами состояния своего здоровья — GH+6,3%; по 50 перцентилю (+14,0%) (p=0,054), кроме того, молодые люди реже отмечали появление мыслей об ухудшении здоровья. Однако, существенной динамики показателя, характеризующего физический компонент здоровья, в данной гр. получено не было (p=0,372). Не получены статистически значимые различия по шкалам жизненной активности (VT: p=0,874) и эмоционального фона (Mh: p=0,273). Определенное повышение психологической составляющей здоровья было отмечено только по шкале социального функционирования — SF+16,7% по 25 перцентилю (p=0,477). По шкале ролевого эмоционального функционирования было отмечено снижение КЖ — RE — 25,0% по 50 перцентилю (p=0,737), что свидетельствовало о тенденции к ухудшению эмоционального состояния пациентов, приводящего к некоторым затруднениям в повседневной деятельности, возможно, за счет снижения активности эндоканнабиноидной системы на фоне отказа от курения и снижения числа выкуриваемых сигарет. В связи с этим, положительной динамики суммарного показателя психологического компонента здоровья в ГС также выявлено не было (MH: p=0,640).

Таблица 2

Биохимические параметры в исследуемых гр. через 24 нед терапии

Показатель	ОГ (n=32)		ГС (n=31)	
	Исходно	Через 24 нед.	Исходно	Через 24 нед.
ОХС, ммоль/л	6,70±0,08	6,53±0,13*	6,78±0,09	6,66±0,04
ХС ЛНП, ммоль/л	4,85±0,09	4,74±0,18*	4,92±0,08	4,83±0,15
МК, мкмоль/л	228,5±3,8	216,1±0,03*	232,3±4,1	220,5±0,11*
Глюкоза, ммоль/л	4,79±0,08	4,68±0,28	4,68±0,06	4,61±0,07

Примечание: * - $p < 0,05$ — при сравнении с исходными данными в обеих гр.

Сравнительная характеристика показателей КЖ в исследуемых гр. через 24 нед. проводимого лечения свидетельствовала о более высокой эффективности терапии у молодых лиц с АГ Ведикардолом в сочетании с образовательной программой “Школа” в отношении повышения физического компонента здоровья (таблица 3). Было выявлено достоверное повышение КЖ в гр. молодых лиц с АГ, проходивших обучение в “Школе”, по сравнению с гр., получившей традиционное консультирование по вопросам немедикаментозной коррекции АГ, по шкалам физического функционирования — PF — на 2,9% ($p=0,003$) и боли — BP — на 11,2% ($p=0,032$); недостоверное — по шкалам ролевого функционирования, обусловленного физическим здоровьем — RP — на 7,1% ($p=0,239$) и общего здоровья — GH — на 4,5% ($p=0,328$), что обусловило повышение суммарного показателя физического компонента здоровья — PH — на 4,4% ($p=0,001$).

Несмотря на то, что в программе обучения большое внимание уделялось психологической поддержке молодых пациентов, развитию и закреплению навыков по преодолению стрессовых ситуаций, суммарный психологический компонент здоровья и связанные с ним ролевое эмоциональное функционирование и психическое здоровье были ниже в ОГ — MH — на 4,3% ($p=0,084$); RE — на 4,9% ($p=0,640$); Mh — на 8,4% ($p=0,088$). Показатели жизненной активности и социального функционирования в исследуемых гр. статистически значимо не отличались.

Обсуждение

Согласно современным взглядам на антигипертензивную терапию (АГТ), а также результатам исследования “КАМЕЛИЯ”, всем пациентам, соответствующим критериям включения, в качестве лекарственной терапии был выбран дженерик карведилола — Ведикардол [6,9]. Учитывая молодой возраст больных, для представителей ОГ была организована прогрессивная система обучения больных — “Школа”, поскольку именно в этом возрасте еще возможно воздействие на ФР, обусловленные образом жизни, которые способствуют манифестации генетической предрасположенности к АГ, усугубляя ее течение, хотя и являются потенциально устранимыми.

Результаты проведенного исследования со всей очевидностью доказывают эффективность обучения молодых людей навыкам здорового образа жизни. Последнее обусловлено повышением ФА, формированием правильного отношения к потреблению жиров, углеводов, поваренной соли. И если столь значимого влияния на курение получено не было, то факт, что в гр. молодых людей не было новых курильщиков, не признать нельзя. Хотя полный отказ от употребления алкогольных напитков отсутствовал, в обеих гр. отмечено снижение их употребления, более выраженное в ОГ. Между тем результаты проспективных исследований свидетельствуют о статистически значимом снижении уровней САД и ДАД у лиц с АГ при уменьшении поступления алкоголя в организм [12]. Важно отметить, что применительно к молодежи в целом, экспериментирование с табаком и алкоголем можно определить как своеобразный элемент процесса взросления. При этом с одной стороны, вредные привычки становятся олицетворением “взрослого” поведения, с другой стороны — одним из способов разрешения социально-психологических проблем.

Полученные данные в отношении антигипертензивного эффекта карведилола в полной мере соответствуют результатам исследования “КАМЕЛИЯ” и мета-анализа, в котором антигипертензивная эффективность и переносимость карведилола были проанализированы на основании результатов 36 контролируемых клинических исследований [9,13]. Снижению АД способствовало изменение образа жизни молодых пациентов на фоне обучения в “Школе”. Было отмечено, что даже через 5 лет после проведения образовательной программы, у пациентов с АГ наблюдается тенденция к снижению АД и распространенности курения, увеличению ФА и, как следствие, уменьшению потребности в лекарственных препаратах [14].

Согласно исследованию “КАМЕЛИЯ”, Ведикардол отличается от традиционных β -АБ по своему влиянию на чувствительность тканей к инсулину и толерантность к глюкозе — эффект, который в большей степени связывают с α_1 -адрено-блокирующей активностью препарата [9]. В настоящем исследовании на фоне приема метаболически нейтрального Ведикардола также прослеживалась

Таблица 3

Сравнительная характеристика КЖ пациентов исследуемых гр. через 24 нед. терапии

Шкала SF-36	М	SE	М	SE	p
	ОГ (n=32)		ГС (n=31)		
PF	85,1	1,37	87,6	0,96	0,003
RP	58,0	1,95	62,1	2,11	0,239
BP	67,8	2,14	75,4	1,08	0,032
GH	56,0	1,78	58,5	1,49	0,328
VT	53,3	1,41	54,4	1,89	0,658
SF	84,8	1,44	87,7	0,87	0,261
RE	51,3	3,04	48,8	2,24	0,640
MH	55,8	1,89	51,1	2,18	0,088
PH	52,8	0,50	55,1	0,48	0,001
Mh	41,4	0,69	39,6	0,83	0,084

Примечание: p — критический уровень значимости.

четкая тенденция к снижению уровня глюкозы, МК, ОХС и ХС ЛНП, что подтверждает данные исследования “КАМЕЛИЯ” и мета-анализа [9,13]. О высокой результативности обучающей программы у молодых пациентов свидетельствует статистически значимое снижение ИМТ, несмотря, в т.ч., на сезонный характер колебания МТ (увеличение ИМТ в зимний и ранний весенний период, особенно в Сибири), которому придают большое значение в молодом возрасте. Между тем, положительное влияние похудения на уровень АД может не уступать эффекту АГТ, в то время как его дополнительные преимущества заключаются в отсутствии побочных эффектов лекарственных препаратов и улучшении важных метаболических параметров [15].

В 4-летнем исследовании TOMHS (Treatment of Mild Hypertension Study), охватившем пациентов с “мягкой” АГ, лечившихся 5 антигипертензивными препаратами и плацебо, наблюдалось достоверное улучшение КЖ во всех гр., включая плацебо [16]. Однако дальнейший анализ данных показал, что сочетание таких факторов, как коррекция ИзМТ, увеличение ФА и контролируемый уровень АД привели к достоверно большему улучшению КЖ, чем просто медикаментозная терапия, что свидетельствует о большей значимости коррекции этих факторов в улучшении КЖ в процессе терапии. Следует особо подчеркнуть, что в исследовании улучшение КЖ по шкалам, характеризующим физическое здоровье, наступало уже через 24 нед. после вмешательства. При этом снижение КЖ по шкале психического здоровья и связанного с ним суммарного психологического компонента здоровья, очевидно, связано с нарушением динамического стереотипа, обусловленного отказом от ряда вредных привычек, связанных с комфортным существованием, что, несмотря на общее улучшение самочувствия, ведет к развитию определенного нервно-психического напряжения [17,18]. В соответствии со шкалой

стресса, изменение личных привычек соответствует 45 баллам, а способа досуга — 37 баллам [18]. Участники ОГ, имея выраженное стремление к успеху на фоне полученных знаний, прилагали большее количество усилий для достижения поставленных целей, что могло нивелировать разницу в оценке психологического компонента здоровья в отличие от ГС. Полагаем, что именно по этой причине большинство гипертоников прекращают следовать медицинским рекомендациям. Изменение образа жизни, способа досуга, отказ от ряда вредных привычек, требует от больного больших усилий, большей активности, что сопровождается развитием определенных неудобств, усугублением фоновых тревожных расстройств и непременно приводит к снижению психологического компонента КЖ и, возможно, отказу следовать рекомендациям врача.

Тем не менее, участие молодых пациентов в образовательных профилактических программах является исключительно значимым. Именно в подростковом и юношеском возрастах формируются мировоззрение и система ценностей будущего поколения, закладывается база здоровья (или нездоровья) на всю дальнейшую жизнь, и имеющиеся у молодых людей проблемы, связанные со здоровьем и вредными привычками, могут быть преодолены или, по крайней мере, успешно компенсированы.

Заключение

Полученные в ходе исследования результаты требуют дальнейшего подтверждения, но уже очевидна целесообразность лекарственной терапии, основанной на карведилоле, у лиц молодого возраста с АГ и ИзМТ/Ож, особенно на фоне обучения в “Школе”. Внедрение предложенной комбинированной терапии (Ведикардол + “Школа”) обеспечивает возможность раннего и длительного лечения молодых больных АГ с ИзМТ/Ож.

Исследование не закончено, оно будет продолжаться с целью определения долгосрочной метабо-

лической нейтральности карведилола, эффективности полученных в “Школе” знаний по коррекции ФР и динамике КЖ, а также морфофункциональных изменений сердечно-сосудистой системы. Предварительные результаты показывают положительную связь между метаболически нейтральной терапией карведилолом, модификацией образа

жизни молодых пациентов с АГ в сочетании с ИзМТ/Ож и улучшением КЖ. Это предопределяет стратегическую успешность системы вторичной профилактики АГ и формирования у молодежи навыков здорового образа жизни, что является важным фактором обеспечения социального и экономического развития современного общества в России.

Литература

1. Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В. Артериальная гипертония: ключи к диагностике и лечению. Москва: ГЕ-Арт 2007; 432 с.
2. Оганов Р. Г., Шальнова С. А., Деев А. Д. и др. Артериальная гипертония и ее вклад в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Профил заб укреп здор 2001; 4: 45-51.
3. Оганов Р. Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиоваск тер профил 2002; 1: 5-9.
4. Оганов Р. Г., Калинина А. М., Поздняков Ю. М. и др. Организация Школ Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения. Организационно-методическое письмо Минздрава РФ. Москва 2002.
5. Шапиро И. А., Калинина А. М. Профилактическая медицинская помощь больным артериальной гипертонией в амбулаторно-поликлинических учреждениях Хабаровского края: состояние и перспективы. Кардиоваск тер профил 2002; (1-1): 16-21.
6. Всероссийское научное общество кардиологов. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии. Москва “Медицина” 2008; 34 с.
7. Кисляк О. А., Малышева Н. В., Петрова Е. В. и др. Диагностика и лечение артериальной гипертонии у девушек-подростков. Пробл женс здор 2007; 2-1: 58-69.
8. Чазов Е. И. Кардиология начала XXI века. Некоторые проблемы врачевания. Кардиоваск тер профил 2003; 3: 4-8.
9. Марцевич С. Ю., Кутишенко Н. П., Шилова Е. В. и др. от имени рабочей группы по проведению исследования “КАМЕЛИЯ”. Карведилол в лечении пациентов с артериальной гипертонией и избыточной массой тела/ ожирением. Результаты исследования “КАМЕЛИЯ”. Труд пациент 2009; 4-5: 19-23.
10. Новик А. А., Ионова Т. И. Исследование качества жизни в медицине: учебное пособие для вузов. Москва “Гэотар-мед” 2004; 297 с.
11. Оганов Р. Г., Калинина А. М., Егян Р. А. и др. Школа Здоровья для пациентов с артериальной гипертонией. Информационно-методическое пособие для врачей. Москва 2002.
12. Klatsky AL. Alcohol, cardiovascular diseases and diabetes mellitus. Pharmacol Res 2007; 55(3): 237-47.
13. Stienen U, Meyer-Sabellek W. Haemodynamic and metabolic effects of carvedilol: a meta-analysis approach. Clin Investig 1992; 70 (Suppl 1): S65-72.
14. Dukat A, Balazovjeh I. 5-year follow-up of preventive approach to patients with essential hypertension. J Hum Hypertens 1996; 10 (Suppl 3): S131-3.
15. Doll S, Paccaud F, Bovet P, et al. Body mass index, abdominal adiposity and blood pressure: consistency of their association across developing and developed countries. Int J Obes Relat Metab Disord 2002; 26(1): 48-57.
16. Levis CE, Grandits A, Flack J, McDonald R. Efficacy and tolerance of antihypertensive treatment in men and women with stage I diastolic hypertension. Results of the Treatment of Mild Hypertension Study. Archives of Internal Medicine 1996; 156 (4): 377-85.
17. Курпатов А. В. Как избавиться от тревоги, депрессии и раздражительности. Санкт-Петербург “Нева” 2003; 416 с.
18. Гремлинг С., Ауэрбах С. Практикум по управлению стрессом. СПб “Питер” 2002; 240 с.

Поступила 07/07-2010