

ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Е.М.Маношкина, И.И.Раздобреева, С.К.Кукушкин

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава, Москва

Влияние антигипертензивной терапии на психологический статус ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС

Е.М. Маношкина, И.И. Раздобреева, С.К. Кукушкин.

Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава, Москва.

Цель. Изучить психологический статус и влияние на него антигипертензивной терапии (АГТ) у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, страдающих артериальной гипертензией (АГ), при контролируемом лечении в сравнении со стандартным лечением, назначаемым в поликлинике.

Материал и методы. В открытое сравнительное рандомизированное исследование был включен 81 ликвидатор, страдающий АГ, (все мужчины). Длительность наблюдения составила 12 месяцев. Больные были рандомизированы в основную группу (ОГ) и в контрольную (КГ). Больные ОГ получали строго регламентированную ступенчатую терапию АГ на основе ингибитора АПФ спираприла 6 мг/сут (Квадроприл®, Плива-АВД), при необходимости добавляли гипотиазид (12,5-25 мг/сут), затем атенолол (12,5-100 мг/сут). В КГ АГТ и ее коррекция проводились врачом поликлиники. Для изучения психологического статуса использовался сокращенный многофакторный опросник для исследования личности.

Результаты. Исследование завершили 57 больных, из них 28 в ОГ и 29 в КГ. В ОГ целевые уровни артериального давления (АД) были достигнуты у 22 (78,6%), в КГ – у 11 (38%) больных ($p < 0,01$).

Ведущее место в психологическом статусе ликвидаторов, страдающих АГ, занимают ипохондрические, депрессивные и тревожные расстройства. Контролируемая АГТ позволила более часто, чем стандартное лечение в поликлинике, достичь улучшения психологического статуса, а именно увеличивался оптимизм и активность больных. В КГ отмечено увеличение доли больных с выраженными тревожными изменениями. Эффективность АГТ у ликвидаторов, страдающих АГ, связана с выраженностью депрессивных расстройств: в подгруппах с неэффективным лечением пациенты имели наибольший уровень депрессии. У ликвидаторов, страдающих АГ, с наличием невротических расстройств спираприл был эффективен как в виде монотерапии, так и в комбинации с диуретиком гидрохлортиазидом и бета-блокатором атенололом.

Заключение. Контролируемая АГТ у ликвидаторов, страдающих АГ, имеет преимущества перед стандартным лечением в поликлинике и заключается не только в более частом достижении целевых уровней АД, но и в более частом улучшении психологического статуса.

Ключевые слова: антигипертензивная терапия, психологический статус, ликвидаторы последствий аварии на Чернобыльской АЭС

РФК 2006; 1: 4-10

Influence of antihypertensive therapy on psychological status of Chernobyl nuclear power plant accident consequences liquidators

E.M. Manoshkina, I.I. Razdobreeva, S.K. Kukushkin. State Research Center of Preventive Medicine, Roszdrav, Moscow

Aim. To study psychological status and influence of antihypertensive therapy (AHT) on it in Chernobyl nuclear power plant (NPP) accident consequences liquidators, who suffer arterial hyper-tension (AH), with controlled treatment compared to the standard treatment in out-patient clinic.

Material and methods. 81 liquidators with AH (all men) were included into open comparative randomized study. Study duration was 12 months. Patients were randomized into main group (MG) and control group (CG). Patients of MG received strictly regulated stepped AHT based on ACE inhibitor spirapril 6 mg daily (Quadropril®, Pliva-AVD), hypotiazide was added if necessary (12.5-25 mg daily) and afterwards – atenolol (12.5-100 mg daily). In CG AHT and its correction was set by physician in polyclinic. Brief multifactor questionnaire for personality analysis was used to study psychological status.

Results. 57 patients completed the study, 28 in MG and 29 in CG. In MG target blood pressure (BP) levels were reached in 22 (78.6%) patients, in CG – in 11 (38%) patients ($p < 0.01$).

The main feature of psychological status of liquidators with AH was hypochondriac, depressive and anxious disorders. Controlled AHT made it possible to reach improvement in psychological status, i.e. growth of optimism and activity of patients, more often, than standard treatment in out-patient clinics. Increase in number of patients with pronounced anxious changes was observed in CG. Efficiency of AHT in liquidators with AH is connected with severity of depressive disturbances: in subgroups with inefficient treatment patients had the highest level of depression. In liquidators with AH, possessing neurotic disturbances, spirapril was efficient both as monotherapy, and in combination with diuretic hydrochlorothiazide and beta-blocker atenolol.

Conclusion. Controlled AHT in liquidators with AH has advantages over standard treatment in out-patient clinic and results in more frequent target BP level achievement as well as more frequent psychological status improvement.

Key words: antihypertensive therapy, psychological status, Chernobyl nuclear power plant accident consequences liquidators

Rational Pharmacother. Card. 2006; 1:4-10

Артериальной гипертензией (АГ) в России страдает около 40 % взрослого населения [1]. Известно, что психологический статус больных АГ имеет определенные особенности: на начальных стадиях заболевания преобладает тревожный компонент, в дальнейшем к нему присоединяются неврастенический, ипохондрический, истерический или депрессивный компоненты [2]. Изменения психики ухудшают течение заболевания, способствуя более выраженному и длительному повышению артериального давления. Значимость изменений психологического статуса обусловлена и тем, что психоэмоциональный стресс и тревожно-депрессивные состояния следует считать самостоятельным фактором риска развития атероск-

лероза и ишемической болезни сердца (ИБС) [3].

Мужчины, подвергшиеся радиационному облучению при ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС (МЛ), чаще страдают АГ по сравнению с мужчинами неорганизованной популяции (МН) (64,9 и 54,7% соответственно, $p < 0,01$) [4]. При этом у МЛ наблюдаются высокие уровни психосоциального стресса и риска развития психосоматических заболеваний (в 86 и 48% случаев). В связи с высокой распространенностью АГ среди МЛ и важным значением психоэмоциональных нарушений как факторов риска развития атеросклероза необходимо учитывать влияние антигипертензивной терапии на психологический статус МЛ при длительном лечении.

Цель работы: изучение психологического статуса и влияния на него антигипертензивной терапии у мужчин-ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС, страдающих АГ, при контролируемом лечении в сравнении с терапией, которую МЛ получали в поликлинике.

Материалы и методы

В исследование были включены МЛ (81 человек) в возрасте 37-70 лет с мягкой и умеренной АГ (систолическое артериальное давление (АД) >140 мм рт.ст. и/или диастолическое АД >90 мм рт.ст.). Пациенты с наличием тяжелой АГ (АД $\geq 180/110$ мм рт.ст.), вторичных АГ, ИБС, инсультов в анамнезе, сахарного диабета (СД) 1 типа, декомпенсированного СД 2 типа, пороков сердца, нарушений ритма сердца, требующих приема антиаритмических препаратов, нарушений функции печени и почек, а также регулярной комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) и резистентности к терапии диуретиками и ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) в исследование не включались.

Исследование было открытым сравнительным рандомизированным в двух параллельных группах пациентов (основная (ОГ) и контрольная (КГ) группы) и продолжалось в течение 1 нед вводного периода и 12 мес активного лечения/наблюдения.

Основным средством антигипертензивной терапии в ОГ был иАПФ спираприл (Квадроприл®, Плива-АВД) в дозе 6 мг в сутки. Если целевой уровень АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) не достигался, то к спираприлу добавляли гипотиазид с титрованием дозы от 12,5 до 25 мг в сутки, затем - атенолол от 25 до 100 мг в сутки. В КГ АГТ и ее коррекция проводились врачом поликлиники. При этом чаще всего назначались иАПФ (у 51,7% больных), затем – диуретики (17,2%), антагонисты кальция (10,3%), реже всего – бета-адреноблокаторы (6,9%). Лечение считалось эффективным при достижении целевого уровня АД или снижении ДАД на 10 мм рт.ст. и/или САД на 20 мм рт.ст. и более от исходного уровня.

Оценку психологического статуса проводили исходно и через 12 мес. исследования с помощью Сокращенного Многофакторного Опросника для исследования личности (СМОЛ) [5]. Оценивали показатели по 8 клиническим и 3 оценочным шкалам в Т-баллах. Значения по всем шкалам, кроме 9-й, оценивали следующим образом: принимались за норму значения ниже 55 Т-баллов (нижняя граница нормы <45 Т-баллов), от 55 до 64 Т-баллов – легкие изменения, от 65 до 74 Т-баллов – выраженные изменения, от 75 Т-баллов и выше – значительно выраженные. Для показателей по 9-й шкале за норму принимали значения от 45 Т-баллов и выше, от 44 до 35 Т-

баллов – легкие изменения, от 34 Т-баллов и ниже – выраженные изменения. Для выявления состояния депрессии и тревожного состояния применяли индексы «2-9» и «7-9» соответственно. При этом за норму принимали значения индексов ниже 0, от 0 до 10 – легкая депрессия/тревога, от 11 до 20 – выраженная, от 21 и выше – значительно выраженная [6]. Следует отметить, что при помощи индексов тревоги и депрессии возможно выявление скрытой депрессии/тревоги, которые невозможно определить пользуясь лишь значениями 2-й и 7-й шкал (шкалы депрессии и тревоги).

Статистическую обработку результатов выполняли с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 для Windows 2000. Результаты представлены в виде $M \pm m$. Достоверность различий оценивали с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Клиническая характеристика пациентов представлена в табл.1. Исходные данные пациентов ОГ и КГ не различались.

В ОГ достоверное снижение САД и ДАД по сравнению с исходными данными было отмечено через 3 мес и достигло максимума к 12 мес наблюдения. Уровень САД в среднем снизился со $149,8 \pm 2,4$ до $132,6 \pm 2,8$ мм рт.ст. через 1 год регулярного приема препаратов ($p < 0,001$). Средний уровень ДАД снизился с $97,4 \pm 1,6$ до $84,9 \pm 1,7$ мм рт.ст. к концу исследования ($p < 0,001$).

Таблица 1. Исходная характеристика основной и контрольной групп больных при рандомизации ($M \pm m$)

		Группа	
Данные		Основная (n=42)	Контрольная (n=39)
Возраст (лет)		$52,2 \pm 1,3$	$51,5 \pm 1,1$
Образование, %	Высшее	38,1	38,5
	Средне-спец.	61,9	61,5
Семейное положение, %	Женат	90,5	87,2
	Не женат	9,5	12,8
Длительность АГ (лет)		10 ± 1	$9,6 \pm 1$
Лечение, %	Регулярное	26,2	30,8
	Эпизодическое	28,6	17,9
	Отсутствует	45,2	51,3
САД (мм рт.ст.)		$149,4 \pm 1,9$	$146,1 \pm 1,5$
ДАД (мм рт.ст.)		$97,8 \pm 1,2$	$95,2 \pm 1$
ЧСС (уд./мин.)		$74,5 \pm 1,3$	$73,7 \pm 1,7$
Индекс Кеттле (кг/мВ)		$28,3 \pm 0,6$	$28,4 \pm 0,7$
Ожирение, %		45,2	43,6
Курение, %		40,5	46,2

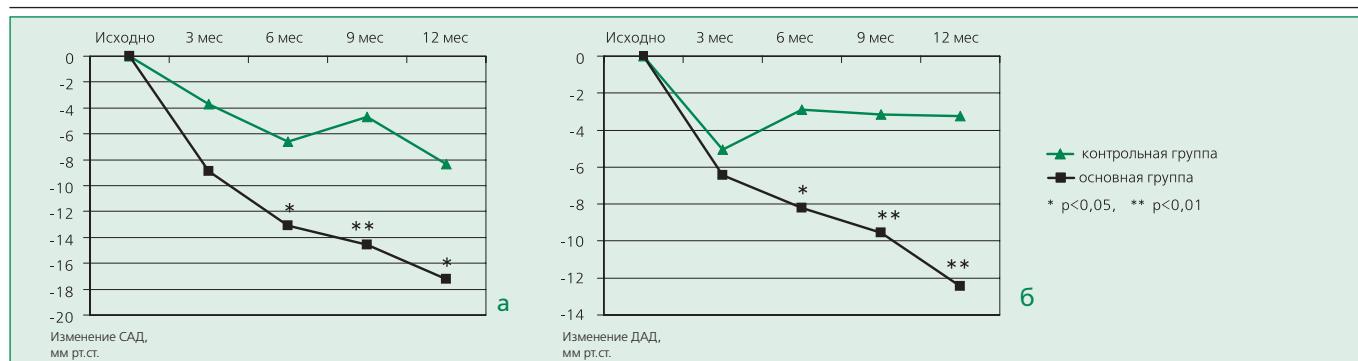


Рис. 1. Динамика САД (а) и ДАД (б) в основной и контрольной группах в течение 12 мес лечения

В КГ достоверное снижение САД наступило только через 12 мес наблюдения со $144,6 \pm 1,5$ до $136,2 \pm 2,1$ мм рт.ст. ($p < 0,01$); изменений ДАД и ЧСС в период исследования не выявлено.

При сравнительном анализе динамики АД в ОГ снижение САД и ДАД (рис. 1) было достоверно более выраженным по сравнению с КГ.

Исследование завершили 57 пациентов, из них 28 в ОГ и 29 в КГ. В ОГ целевые уровни АД были достигнуты у 22 (78,6%), в КГ – у 11 (38%) больных ($p < 0,01$) (рис. 2).

Структура побочных эффектов (ПЭ) представлена в табл.2. В основной группе ПЭ имели место у 19 (45,2%) больных. 5 больных (11,9%) выбыли из исследования в связи со следующими ПЭ: изжога - 2, головная боль, сухой кашель, снижение потенции - по 1. Причиной прекращения исследования в ОГ явилось также развитие серьезных нежелательных

явлений (СНЯ) у 2 больных: острый крупноочаговый ИМ и ишемический ИМ в системе правой средней мозговой артерии; 1 пациент выбыл вследствие прогрессирования дерматита, 6 больных отказались от участия в исследовании. Всего в основной группе было 14 пациентов (33,3%).

В контрольной группе ПЭ наблюдались у 11 (28,2%) больных, выбыло 10 пациентов (25,6%), из них 9 отказались от участия в исследовании, 1 выбыл вследствие появления СНЯ: транзиторной ишемической атаки в вертебробазилярном бассейне.

Исходный профиль СМОЛ пациентов ОГ и КГ представлен на рис. 3.

Психологическая характеристика больных основной группы. Усредненный психологический профиль пациентов этой группы имел наибольшие значения по 1-й ($60,04 \pm 1,96$ Т-баллов), 3-й ($53,7 \pm 2,2$ Т-балла), 2-й ($50,4 \pm 2,3$ Т-балла) шкалам, наименьшие – по 6-й ($43,9 \pm 1,4$ Т-балла) и 9-й ($44,96 \pm 2,05$ Т-балла) шкалам теста СМОЛ (рис. 3). При этом показатель по 1-й шкале превышал нормальные значения (норма от 45 до 55 Т-баллов). Индекс депрессии в основной группе составил $5,46 \pm 3,06$ Т-баллов, индекс тревоги $4,04 \pm 2,85$ Т-баллов. Эти изменения свидетельствуют о наличии у пациентов ОГ легких ипохондрических, депрессивных и тревожных состояний, а также отражают такие особенности психологического статуса как повышенное внимание к себе и своим ощущениям, отсутствие внешних признаков тревоги, озабоченность состоянием здоровья, сосредоточенность на своем соматическом состоянии, пессимистическая настроенность: неверие в успех и неудовлетворенность проводимым лечением, общая неудовлетворенность, недостаточная активность, повышенная утомляемость и слабость.

Психологическая характеристика больных контрольной группы. Усредненный психологический профиль пациентов КГ имел наибольшие значения по 1-й ($58,96 \pm 2,09$ Т-баллов), 3-й ($53,2 \pm 2,5$ Т-баллов) и 2-й ($52,3 \pm 2,5$ Т-баллов) шкалам теста СМОЛ, наименьшие – по 4-й ($46,2 \pm 1,8$ Т-баллов) (рис. 4). При этом показатель по 1-й шкале превы-

Таблица 2. Структура побочных эффектов в основной и контрольной группах

Побочные эффекты	Основная группа (n=42)		Контрольная группа (n=39)	
	абс.	%	абс.	%
Головная боль	6	20	9	39,1
Слабость	4	13,3	3	13,04
Сонливость	2	6,66		
Головокружение	1	3,3	2	8,7
Покраснение лица	1	3,3		
Першение в горле	4	13,3	3	13,04
Сухой кашель	4	13,3	2	8,7
Снижение настроения	1	3,3	-	-
Неудовлетворенность сном	2	6,66	-	-
Нервозность	1	3,3	-	-
Тревожность	1	3,3	-	-
Изжога	2	6,66	3	13,04
Боли в икроножных мышцах	-	-	1	4,35
Снижение потенции	1	3,3	-	-
Общее количество случаев	30	100	23	100
Количество пациентов с побочными эффектами	19	45,2	11	28,2

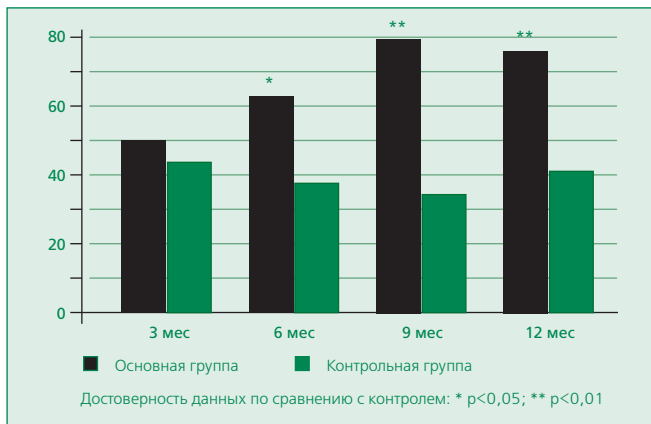


Рис. 2. Количество больных, достигших целевого уровня АД, %

шал нормальные значения. Индексы депрессии (2-9) и тревоги (7-9) составили соответственно $3,74 \pm 2,4$ и $0,74 \pm 1,95$ Т-баллов. Эти данные свидетельствуют о наличии легких ипохондрических, тревожных и депрессивных нарушений у пациентов КГ. **Сравнение исходных психологических характеристик больных основной и контрольной групп.** Исходный усредненный психологический профиль теста СМОЛ пациентов КГ по основным клиническим шкалам не отличался от профиля больных ОГ; по оценочным шкалам показатель по шкале К (коррекция) в КГ был ниже ($p < 0,05$), чем в ОГ. Это определяло несколько большую озабоченность больных ОГ своим социальным статусом, склонность отрицать затруднения в межличностных отношениях, стремление к соблюдению принятых норм по сравнению с пациентами КГ. Однако, так как значения показателей по шкале К в обеих группах были в пределах нормы, это различие не имеет большого клинического значения. В целом, исходные усредненные психологические профили пациентов ОГ и КГ были сопоставимы (рис. 3).

Основная группа. Динамика психологического статуса в течение 12 мес лечения. Показатели усредненного психологического профиля СМОЛ у пациентов ОГ в целом за весь период исследования

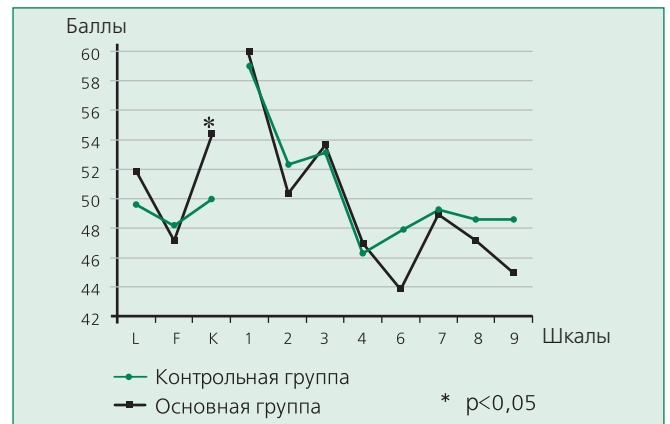


Рис. 3. Исходные усредненные психологические профили по шкалам теста СМОЛ (баллы) больных основной и контрольной групп

достоверно не изменялись (рис. 4,А). При структурном анализе данных психологического статуса выявлено, что в ОГ через 12 мес терапии по сравнению с исходом увеличилось число больных с нормальными значениями по 9-й шкале теста СМОЛ, и снизилось число больных с легкими изменениями по данной ($p < 0,05$) шкале ($p < 0,01$). Эти изменения свидетельствуют о благоприятных структурных изменениях психологического профиля больных ОГ: увеличении оптимизма и активности в процессе 12-месячного лечения.

Для углубленного изучения психологического статуса больных ОГ была разделена на две подгруппы в зависимости от наличия антигипертензивного эффекта через 12 мес терапии. Профиль СМОЛ в подгруппе с эффективной АГТ ($n = 22$) исходно практически не отличался от такового у больных всей ОГ (рис. 4,Б), характеризуюсь легкими ипохондрическими (показатель по 1-й шкале - $61,2 \pm 2,2$ Т-балла), тревожными (индекс «7-9» составил $3,6 \pm 3,5$ Т-балла) и депрессивными (индекс «2-9» $4,5 \pm 3,7$ Т-балла) изменениями. К концу исследования усредненный профиль СМОЛ не изменился. Тем не менее, можно отметить положительные тенденции к уменьшению чувства тревоги и состояния депрессии (показатели шкал «7-9» и «2-9» снизились до $0,9 \pm 3,3$ и

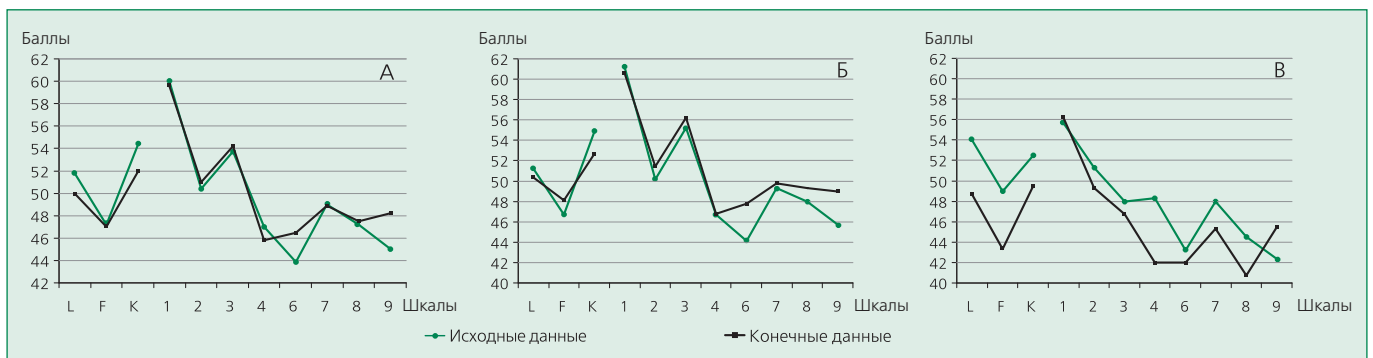


Рис. 4. Динамика психологического статуса больных основной группы по шкалам теста СМОЛ (баллы) через 12 мес лечения (А- в целом по группе; Б- в подгруппе с эффективным лечением; В- в подгруппе, лечащейся без эффекта)

2,5 ± 3,9 Т-баллов соответственно), повышение до нормальных значений заниженного прежде показателя по 6-й и по 9-й шкалам, что свидетельствует о повышении оптимизма и активности.

Исходный усредненный профиль СМОЛ пациентов ОГ, лечения у которых не дало эффекта (n=6), имел максимальные значения по 1-й (55,7 ± 4,3 Т-балла) и 2-й (51,3 ± 3,4 Т-балла) и минимальные по 6-й (43,2 ± 2,7 Т-баллов), 9-й (42,3 ± 4,1 Т-балла) шкалам (рис. 4,В): при этом показатель по 1-й шкале был выше, а по 6-й и 9-й шкалам – ниже нормальных значений. Показатели индексов тревоги «7-9» и депрессии «2-9» составили 5,7 ± 4,2 и 9 ± 5,2 Т-балла соответственно. Данный профиль свидетельствует о наличии ипохондрических и тревожно-депрессивных изменений легкой степени выраженности, недостаточной активности и неудовлетворенности, возможных проблемах социальной адаптации. В течение 12 мес наблюдения психологический статус не изменился. Однако усредненный психологический профиль к концу лечения имеет показатели ниже нормальных значений по 4-й, 6-й, и 8-й шкалам, при этом показатель по 9-й шкале повысился до нормальных значений (рис. 4,В). Индексы депрессии (2-9) и тревоги (7-9) также имели тенденцию к снижению. Эти изменения могут отражать тенденцию к снижению внутреннего напряжения, тревожных и депрессивных проявлений и повышению оптимизма и активности.

Контрольная группа. Динамика психологического статуса в течение 12 мес наблюдения. Усредненный профиль СМОЛ у пациентов КГ к концу исследования не изменился, однако отмечено снижение показателей по 1-й шкале, снижение индексов «7-9» и «2-9» (с 0,7 ± 2 до -0,3 ± 2,5 и с 3,7 ± 2,2 до 1,3 ± 2,8 Т-балла соответственно) и увеличение по 9-й (рис. 5,А), что говорит о тенденции к снижению ипохондрических и депрессивных нарушений, исчезновению чувства тревоги, повышению оптимизма и активности. При структурном анализе динамики психологического статуса в КГ через 12 мес лечения/наблюдения по сравнению с исходным увеличилось ко-

личество пациентов с выраженными тревожными изменениями (по данным индекса «7-9» (p<0,05).

Пациенты КГ также были разделены на две подгруппы в зависимости от эффективности 12 мес АГТ. Исходный усредненный профиль СМОЛ в подгруппе с эффективной АГТ (n= 1) имел максимальные значения по 1-й (59,3 ± 3,9 Т-баллов), 3-й (54,6 ± 4,0 Т-балла), 9-й (55,0 ± 4,7 Т-балла) и 2-й (54,1 ± 5,0 Т-балла) шкалам (рис. 5,Б), при этом показатель по 1-й шкале превышал нормальные значения (59 Т-баллов). Индексы «7-9» и «2-9» составили -2,6 ± 3,3 и -0,9 ± 5,4 Т-балла соответственно. Данный психологический профиль свидетельствует о наличии у пациентов легких ипохондрических и тревожных изменений при отсутствии депрессии. К концу исследования профиль СМОЛ в целом не изменился, однако выявлена тенденция к нормализации показателя по 1-й шкале с одновременным нарастанием индекса депрессии (до 1,5 ± 4,7 Т-балла), что отражает исчезновение ипохондрических и появление легких депрессивных нарушений. Усредненный профиль СМОЛ подгруппы, лечившейся без антигипертензивного эффекта, (n=18) исходно имел максимальные значения по 1-й (58,8 ± 2,5 Т-балла), 3-й (52,4 ± 2,4 Т-балла) и минимальные по 4-й (43,4 ± 2,1 Т-балла), 6-й (44,2 ± 2,4 Т-балла) и 9-й (44,8 ± 2,8 Т-балла) шкалам (рис. 5,В), при этом показатель по 1-й шкале был выше, а по 4-й и 6-й – ниже нормы. Индексы тревоги и депрессии у этих больных составляли 2,7 ± 2,4 и 6,5 ± 2 Т-баллов соответственно. Данные изменения свидетельствуют о наличии у пациентов этой подгруппы легких ипохондрических, тревожных и депрессивных изменений, возможных проблем социальной адаптации при отсутствии внешних признаков тревоги. К концу исследования показатели по 4-й и 6-й шкалам нормализовались (рис. 5,В), а также отмечено снижение индексов тревоги (до нормы) и депрессии.

Сравнительный анализ психологических характеристик больных ОГ в зависимости от эффективности антигипертензивной терапии. При сравнении исходных психологических профилей подгрупп с

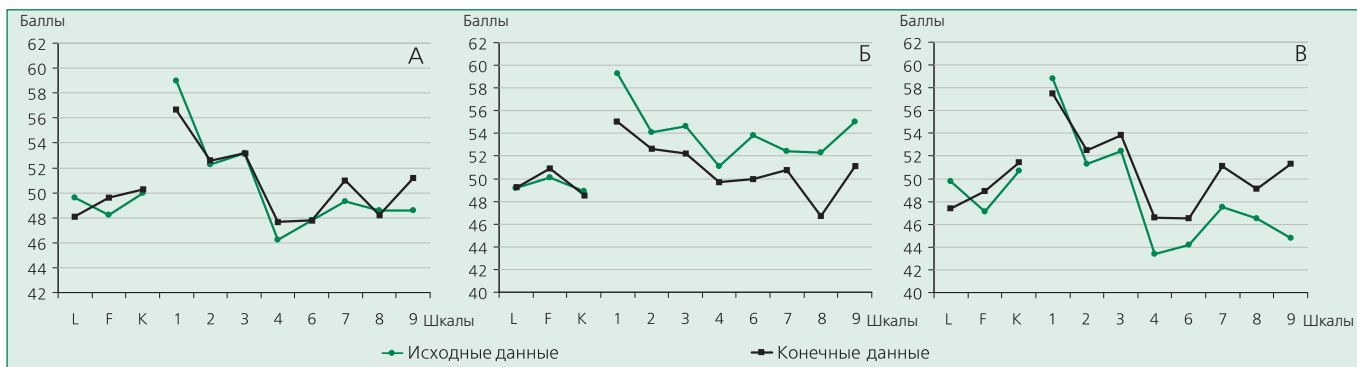


Рис. 5. Динамика психологического статуса больных контрольной группы по шкалам теста СМОЛ (баллы) в течение 12 мес лечения (А- в целом по группе; Б- в подгруппе с эффективным лечением; В- в подгруппе, лечавшейся без эффекта)

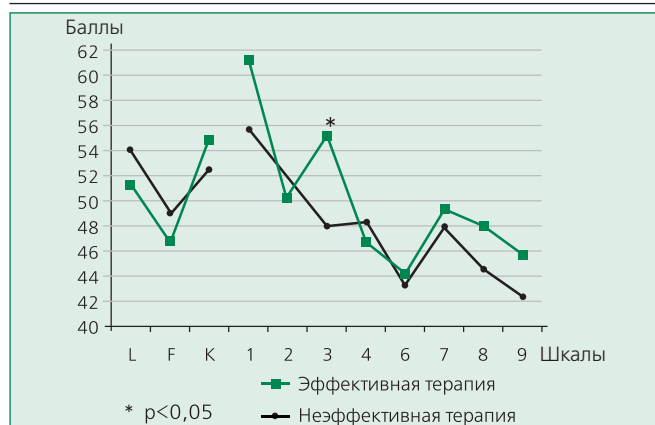


Рис. 6. Сравнительная характеристика исходных психологических профилей больных основной группы по шкалам теста СМОЛ (баллы) в зависимости от эффективности АГ терапии

эффективным и неэффективным лечением показано, что пациенты, лечившиеся эффективно, исходно имели более высокие показатели по 1-й, 3-й ($p < 0,05$), 7-й, 8-й и 9-й шкалам теста СМОЛ. Усредненный психологический профиль больных этой подгруппы имеет наибольшие значения по 1-й, 2-й и 3-й шкалам, т.е. по шкалам невротической триады (рис. 6). Таким образом, пациенты ОГ, лечившиеся эффективно, исходно отличались более высоким уровнем демонстративности по сравнению с больными, лечившимися без эффекта. Усредненные психологические профили подгрупп с эффективным и неэффективным лечением к концу 12 мес лечения свидетельствует, что психологический профиль подгруппы с эффективным лечением по всем шкалам имеет более высокие значения, чем профиль пациентов, лечившихся без эффекта (рис. 4, Б, В).

Сравнительный анализ психологических характеристик больных КГ в зависимости от эффективности антигипертензивной терапии. Подгруппа с эффективным лечением исходно отличалась от подгруппы с неэффективным лечением достоверно более высокими значениями показателей по 4-й ($51,1 \pm 2,6$ и $43,4 \pm 2,1$ Т-балла соответственно, $p < 0,05$), 6-й ($53,8 \pm 4,9$ и $44,2 \pm 2,4$ Т-балла соответственно, $p < 0,05$) и 9-й шкалам ($55 \pm 4,7$ и $44,8 \pm 2,8$ Т-балла соответственно, $p < 0,05$). Это свидетельствует о достоверно более высоком уровне оптимизма и активности, большей уверенности в себе и большей организованности, отсутствии депрессивных нарушений у пациентов, лечившихся эффективно, по сравнению с больными, лечившимися неэффективно (рис. 7).

Результаты нашего исследования показали, что ведущее место в психологическом статусе МЛ занимают ипохондрические, депрессивные и тревожные расстройства, что подтверждается другими авторами [4, 7-9]. Для МЛ характерны неверие в жизненный успех вообще и в успех лечения, в частности, они часто не

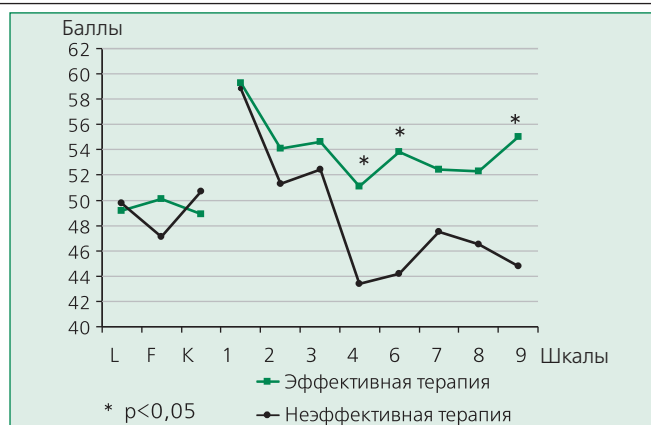


Рис. 7. Сравнительная характеристика исходных психологических профилей больных контрольной группы по шкалам теста СМОЛ (баллы) в зависимости от эффективности АГ терапии

удовлетворены медицинской помощью, а также вниманием со стороны общества и государства, на которое, по их мнению они имеют право, и не без оснований. Психологические особенности МЛ обусловлены не столько полученной радиационной дозой, сколько вытекающими отсюда опасениями по поводу здоровья [7]. Ситуация усугубляется тем, что большинство ликвидаторов уверены в том, что реальная доза радиации, полученная ими, в несколько раз больше той, которая отмечена в официальных документах [8].

В нашем исследовании все МЛ были рандомизированы на 2 подгруппы, психологический статус которых был практически одинаковым. В дальнейшем эти две группы получали различную медицинскую помощь и разное медикаментозное лечение. ОГ получала спираприл как в виде монотерапии, так и при необходимости в комбинации с диуретиком и бета-адреноблокатором. Пациенты КГ лечились в поликлинике по месту жительства и выполняли назначения участкового врача либо кардиолога. Следует отметить, что при разделении ОГ и КГ на 2 подгруппы в зависимости от эффективности АГ был проведен сравнительный анализ исходных характеристик больных по уровням АД, ЧСС и возраста в этих подгруппах, при этом достоверных различий по этим показателям не выявлено. Все подгруппы были сопоставимы по уровням САД, ДАД, ЧСС и возрасту. В ОГ независимо от эффективности терапии получены данные, свидетельствующие об улучшении психологического статуса больных и заключающиеся в усилении чувства оптимизма и активности. В то же время в КГ отмечаются отрицательные изменения психологического статуса: увеличивается доля пациентов с выраженными тревожными изменениями. Мы не ставили перед собой цель изучить влияние конкретных антигипертензивных препаратов на динамику психологического статуса, а хотели доказать преимущество контролируемой терапии перед «стихийной» не только в

плане снижения АД, но и улучшения психологического состояния больных.

Результаты исследования показали, что контролируемая терапия в ОГ, имеющая целью достижение целевых уровней АД, имеет неоспоримые преимущества перед терапией в КГ, которую реально проводят в повседневной практике. Преимущества контролируемой АГТ заключаются не только в достигнутом антигипертензивном эффекте (78,6% в ОГ против 38% в КГ), но и в положительном влиянии на психологический статус больных.

При изучении особенностей психологического статуса МЛ в зависимости от эффективности АГТ показано, что в ОГ у больных, лечившихся эффективно, исходный усредненный психологический профиль СМОЛ сформировал «невротическую триаду» с пиком по 3-й шкале (истерии), что отражает наличие у данных пациентов невротических нарушений с формированием черт демонстративного поведения, направленного, в основном, на заботы о своем здоровье. У пациентов ОГ, лечившихся без эффекта, имелись ипохондрические и тревожные расстройства при отсутствии демонстративных черт, в то же время уровень депрессии у них был выше, чем у пациентов с эффективным лечением.

В КГ эффективно лечилось лишь 38% больных. При анализе психологического статуса выявлено, что у них имелись определенные особенности: отсутствовали депрессивные нарушения, а ведущими расстройствами являлись ипохондрия и тревожные состояния. Это пациенты, озабоченные состоянием своего здоровья, однако не потерявшие полностью оптимизма и веры в успех лечения. В подгруппе с неэффективным лечением у больных преобладают депрессивные и в меньшей мере – тревожные расстройства.

В подгруппах с неэффективным лечением как в ОГ, так и в КГ, исходно пациенты отличались более высоким уровнем депрессивных состояний по сравнению с подгруппами, лечившимися эффективно. Из данных литературы [11] известно, что у больных с депрессией значительно снижена приверженность к лечению и соблюдению врачебных рекомендаций. При наличии депрессии больные нерегулярно принимают назначенные врачом лекарства, редко соблюдают диету и другие врачебные рекомендации. В нашем исследовании как в ОГ, так и в КГ у больных с неэффективным лечением отмечен наибольший уровень депрессивных состояний. Выраженность депрессивных расстройств у этих пациентов можно считать предиктором отсутствия эффекта АГТ. Следует отметить, что в ОГ наличие невротических расстройств, включающих также и легкие депрессивные нарушения, не мешало больным эффективно и успешно лечиться. Это, на наш взгляд, может объяс-

няться рядом обстоятельств: во-первых, пациенты ОГ находились под наблюдением сотрудников центра, получали антигипертензивные препараты и поэтому имели большую приверженность к лечению; во-вторых, основой терапии в ОГ послужил ингибитор АПФ спираприл, который при однократном утреннем приеме оказывает равномерный 24-часовой антигипертензивный эффект, связанный с его 40-часовым периодом полувыведения, т.е. при его приеме отсутствует утренний подъем АД на «хвосте» действия препарата; в-третьих, известно, что спираприл, как и ряд других ингибиторов АПФ, уменьшает симпатическую активность, что позволяет рассматривать его непрямым антиадренергическим средством [12-14]. В данном случае это свойство препарата делает его эффективным у пациентов с невротическими нарушениями, у которых, как правило, имеется повышенная симпатическая активность.

Литература

1. Шальнова С.А., Деев А.Д., Вихирева О.В. Распространенность артериальной гипертонии в России. Информированность, лечение, контроль. Проф. заб. и укрепление здоровья 2001;2:3-7.
2. Айвазян Т.А. Основные принципы психокоррекции при гипертонической болезни. Атмосфера. 2002;1(2):5-7.
3. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. Кардиология. 2002; 4: 86-90.
4. Мартынич Е.А. Особенности эпидемиологической ситуации в отношении сердечно-сосудистых заболеваний и ее прогнозных оценок среди ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва 2002.
5. Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ. Актуальные вопросы восстановительной медицины. 2004.2:17-19
6. Оздоева Л.Д., Небиеридзе Д.В., Погосова Г.В., Выгодин В.А., Иванишина Н.С., Оганов Р.Г. Взаимосвязь факторов риска атеросклероза и тревожно-депрессивных состояний у мужчин из неорганизованной популяции. Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2003,2;1:59-64.
7. Чинкина О.В. Психологическая реабилитация участников ликвидации аварии на ЧАЭС на отдаленном этапе. Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы в отдаленном периоде. Москва, 2001:105-111.
8. Румянцева Г.М. Модели развития психических заболеваний у ликвидаторов аварии на ЧАЭС и принципы терапии. Медицинские последствия Чернобыльской катастрофы в отдаленном периоде. Москва, 2001:57-62.
9. Румянцева Г.М. Выявление и оценка психической дезадаптации. Методы и формы психологической и психотерапевтической помощи жителям районов экологических бедствий. Методические рекомендации. Москва, 2001.
10. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности. Москва, 1976.
11. Погосова Г.В. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания. Атмосфера. Кардиология, 2004;4:32-34.
12. Карпов Ю.А. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и лечение артериальной гипертонии. Практикующий врач, 2002;4:A12_1-A12_3.
13. Guitard C., Lohmann FW., Alfiero R. et al. Comparison of efficacy of spirapril end enalapril in control of mild-to-moderate hypertension. Cardiovasc Drugs Ther 1997;11(3):449-57.
14. Горбунов В.М. Спиреприл – современный ингибитор ангиотензинпревращающего фермента. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005;4(3),ч.1:111-115.