

Подчеркнем, что в процессе длительного лечения больных Диротоном® показатели углеводного, липидного и электролитного обмена, а также уровень креатинина у больных основной группы существенно не изменились.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что длительное систематическое лечение женщин в раннем постменопаузальном периоде с относительно коротким анамнезом АГ и начальными проявлениями ХСН ингибитором АПФ Диротоном® оказывается весьма эффективным и в большинстве случаев позволяет не только достичь целевого уровня АД, но и сопровождается регрессом ГЛЖ, тенденцией к восстановлению нормальной геометрии ЛЖ, значительным улучшением его диастолической функции и уменьшением клинических и инструментальных признаков ХСН, чему способствует, вероятно, отчетливый антиишемический эффект Диротона®, обусловленный улучшением эндотелиальной функции и ограничением эффекта вазоконстрикторных субстанций [1, 2, 4, 6, 7]. Для лечения женщин в раннем постменопаузальном периоде, имеющих признаки ХСН и отечного синдрома, целесообразно использовать также комбинированный препарат Ко-Диротон®, в состав которого, помимо лизиноприла, входит тиазидный диуретик (гидрохлоротиазид).

Проведенное исследование показало также, что отсутствие адекватной терапии АГ и начальных признаков ХСН у женщин в раннем постменопаузальном периоде закономерно сопровождается возрастанием «нагрузки давлением» на ЛЖ, прогрессированием ГЛЖ и процесса ремоделирования ЛЖ и усугублением клинических признаков сердечной недостаточности.

Литература

1. Беловол А.Н., Князькова И.И. Антигипертензивная эффективность диротона и его влияние на процессы сердечно-сосудистого ремоделирования у пациентов с артериальной гипертензией // Новости медицины и фармации. – 2007; 7 (211): 25–27.
2. Кисляк О.А. Ингибитор АПФ лизиноприл в лечении пожилых пациентов с артериальной гипертензией // Лечебное дело. – 2007; (2): 2–7.
3. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия: новое в диагностике и лечении. – М.: 2006. – 368 с.
4. Национальные клинические рекомендации ВНОК / Ред. Р.Г. Оганов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 392 с.
5. Струтынский А.В., Цыганков Е.В., Глазунов А.Б. и др. Диагностические возможности многополюсного ЭКГ-картирования сердца у больных ИБС // Междун. мед. журн. – 2004; 10 (1): 23–27.
6. Bregagnollo E., Okoshi K., Bregagnollo I. et al. Effects of the prolonged inhibition of the angiotensin-converting enzyme on the morphological and functional characteristics of left ventricular hypertrophy in rats with persistent pressure overload // Arq. Bras. Cardiol. – 2005; 84 (3): 225–232.
7. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension. – 2007; 25: 1105–1187.
8. Packer M., Poole-Wilson P., Armstrong P. et al. Comparative effects of low and high doses of the angiotensin-converting enzyme inhibitor, lisinopril, on morbidity and mortality in chronic heart failure. ATLAS Study Group // Circulation. – 1999; 100 (23): 2312–2318.

LISINAPRIL THERAPY IN EARLY POSTMENOPASAL PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CHRONIC HEART FAILURE

Professor **A. Strutynsky, MD**; **R. Bakayev, Candidate of Medical Sciences**; **S. Kochetova**; **T. Boriskina**; Professor **M. Vakhromeyeva, MD**; **N. Moshkova, Candidate of Medical Sciences**; **A. Glazunov, Candidate of Medical Sciences**; **M. Voronina**
Russian State Medical University

Twelve-month treatment with lisinopril in early postmenopausal women showed its stable antihypertensive effect in almost 90% of cases, which was attended by a reduction in the clinical and instrumental signs of chronic heart failure and a moderate antiischemic effect.

Key words: arterial hypertension, postmenopausal period, lisinopril (Diroton®).

ПОВЫШЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Т. Чернявская, кандидат медицинских наук, РГМУ
E-mail: Corona1974@mail.ru

Анализируются 2 схемы ведения пожилых пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и когнитивными нарушениями. Показано, что комплексный подход (обучение по адаптированной программе в школе для пациентов с АГ с контролем усвоения знаний, антигипертензивная терапия и применение Пронорана) способствует большей комплаентности и, как следствие, снижению частоты обращений за медицинской помощью и госпитализаций.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, АГ, обучение, комплаентность, Проноран.

Артериальная гипертензия (АГ) относится к наиболее распространенным синдромам сердечно-сосудистых заболеваний в экономически развитых странах. В России повышенное АД (систолическое – САД >140 мм рт. ст., диастолическое – ДАД >90 мм рт. ст.) выявляется у 39,2% мужчин и 41,1% женщин, а в возрасте старше 60 лет – более чем у 50% людей. Вклад повышенного САД составляет в структуре сердечно-сосудистой смертности при ишемической болезни сердца 40%, мозговом инсульте – 80%.

У пожилых пациентов АГ часто ассоциируется с высокой распространенностью когнитивных нарушений, которые служат не только признаком сосудистой деменции и манифестации болезни Альцгеймера, но и составляют неотъемлемую часть начальных проявлений дисциркуляторной энцефалопатии. Так, среди пациентов, находящихся на амбулаторном наблюдении у невролога, частота когнитивных нарушений составила 70%, причем у 25% пациентов установлена значительная степень их выраженности.

Таким образом, около 1/3 пациентов старшей возрастной группы имеют признаки легких или умеренных когнитивных нарушений, к которым относятся: снижение памяти, забывчивость, рассеянность, нарушение концентрации внимания, повышенная утомляемость при нормальном общем состоянии интеллекта, а также отсутствие нарушений активности в повседневной жизни и деменции. Данные изменения у пациента, безусловно, влияют на течение соматических заболеваний, в том числе АГ, поскольку резко снижают комплаентность больных, а следовательно, и эффективность лечения, ухудшая тем самым качество жизни пациентов.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что адекватный медикаментозный контроль повышенного АД (под эффективным контролем понимаются достижение целевого уровня АД <140/90 мм рт. ст.) у больных АГ чрезвычайно низок во всем мире. В России он составляет 11,6% (для мужчин – 5,7%, для женщин – 17,5%).

В последние годы стало очевидно, что эффективность лечебного вмешательства зависит не только от правильной и своевременной постановки диагноза и выбора оптимальной

стратегии и тактики лечения. Немалую роль играет точность соблюдения больным предписанного режима терапии, т.е. комплаентность пациента (его приверженность лечению).

Многочисленные исследования, проводимые в странах Западной Европы и США, выявили, что низкая приверженность лечению отмечается не менее чем у 18–27% больных, а среди пожилых пациентов достигает 50% (по некоторым данным – даже 90%). Кроме того, даже среди пациентов, приверженных лечению, зачастую наблюдаются те или иные отклонения от предписанного режима, например, при улучшении состояния они устраивают себе периоды «лекарственных каникул» (drug holidays), прекращая на время прием лекарств.

В недавнем мета-анализе (1970–2005 гг.; включено 21 исследование; участники – 46 847 человек, в том числе 8 плацебоконтролируемых исследований, в которых приняли участие 19 633 больных в постинфарктном периоде, пациентов со СПИДом, гиперхолестеринемией, сердечной недостаточностью, после трансплантации сердца, больных сахарным диабетом), а также в группе лиц, у которых оценивали эффективность первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, была изучена связь между комплаентностью и смертностью. Хорошая приверженность приему препаратов сопровождалась снижением смертности: отношение шансов (ОШ) – 0,56; 95% доверительный интервал (ДИ) – 0,50–0,63.

Установлено, например, что в США 11,7% всех расходов на здравоохранение составляет оплата госпитализаций, обусловленных низкой приверженностью больных предписанной терапии. Так, от 16 до 50% больных с вновь установленным диагнозом АГ в течение года прекращают прием антигипертензивных препаратов, а среди продолжающих терапию многие нередко пропускают прием очередной дозы медикамента. J. McCombs и соавт. отметили, что низкая приверженность антигипертензивной терапии сопровождается увеличением общих затрат на медицинское обслуживание. В проведенном ими исследовании 86% больных в течение года прекращали прием указанных препаратов или делали перерыв, вследствие чего увеличивались средства на медицинское обслуживание 1 пациента на 873 долл.; в основном это было связано с оплатой стационарного лечения (637 долл. на 1 больного).

Анализ в ряде исследований причин госпитализаций больных с АГ показал, что большинство из них можно было предотвратить: более половины госпитализаций по поводу прогрессирования АГ были обусловлены несоблюдением больными предписанной медикаментозной терапии и(или) диеты.

Что же считать достаточной приверженностью? В целом приверженность предписанному режиму лечения определяется как склонность (или стремление) пациента следовать советам врача. В практической работе врач может оценить приверженность простым способом: путем подсчета принятых и назначенных таблеток. При приеме 100–90% назначенных таблеток приверженность рассматривается как оптимальная, 90–70% – удовлетворительная, 70–40% – частичная и <40% – плохая. Однако ответа, как оценить приверженность к немедикаментозным методам лечения (когда особое внимание уделяется различным методикам обучения пациентов в рамках индивидуальных собеседований и школ для пациентов) пока нет.

Приверженность лечению зависит от ряда обстоятельств:

- пола и возраста (у мужчин старше 65 лет и моложе 35 лет приверженность лечению ниже);

ПРОНОРАН®

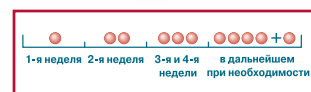
Пирибедил

Селективный агонист D₂/D₃-рецепторов с α₂-норадренергической активностью

При болезни Паркинсона:

- **Монотерапия:**

Проноран
3-5 таблеток в сутки



- **В сочетании с леводопой:**

Проноран
1-3 таблетки в сутки

1 таблетка на каждые 250 мг леводопы

При возрастных расстройствах памяти и внимания

Проноран



Состав: Пирибедил 50 мг в каждой таблетке с контролируемым высвобождением активного вещества. **Форма выпуска:** В упаковке 30 таблеток. **Показания:** Болезнь Паркинсона, как в виде монотерапии, так и в комбинации с леводопой; как в начале заболевания, так и в дальнейшем. Когнитивные нарушения в пожилом и старческом возрасте (нарушения внимания, памяти и т. д.), Ишемическая ретинопатия. В качестве вспомогательного средства при перемежающейся хромоте вследствие артериальной недостаточности нижних конечностей (во второй стадии). **Противопоказания:** Кардиогенный шок, острая фаза инфаркта миокарда, индивидуальная непереносимость. **Особые указания:** Пирибедил не заменяет гипотензивные средства при артериальной гипертензии. **Побочные эффекты:** Возникают редко. У предрасположенных лиц или при приеме препарата вне связи с пищей возможны желудочно-кишечные расстройства (тошнота, рвота, метеоризм). Побочные эффекты можно уменьшить, подбирая индивидуальную дозу и/или добавив домперидон.

В случае предрасположенности (как в результате основного заболевания, так и при сопутствующих заболеваниях) возможна ортостатическая гипотония или сонливость. **Лекарственное взаимодействие:** Антагонисты дофаминовых рецепторов – ослабление эффекта. **Режим дозирования:** При болезни Паркинсона: монотерапия: 3–5 таблеток в сутки в 3–5 приемов. В комбинации с леводопой: 1–3 таблетки в сутки (1 таблетка Пронорана на каждые 250 мг леводопы). При других состояниях: 1 таблетка в сутки после основного приема пищи. В тяжелых случаях: 2 таблетки в сутки в 2 приема. **Передозировка:** В высокой дозе пирибедил действует на хеморецепторы рвотного центра, вызывая рвоту. В результате препарат быстро выводится из организма, поэтому другие последствия передозировки неизвестны. Учитывая, что способы применения препарата могут меняться, обращайтесь внимание на рекомендации, вложенные в упаковку.

- характерологических особенностей пациента, уровня его образования (отрицание заболевания, плохая память, «нетерпеливость», невысокие волевые качества, низкий уровень образования и интеллекта и др.);
- особенностей течения заболевания (рефрактерность к лечению);
- правильного выбора препарата: с достаточно быстрой эффективностью (пациент не удовлетворен затянувшимся ожиданием антигипертензивного эффекта) и хорошей переносимостью;
- схемы лечения, в частности количества назначенных препаратов, частоты их приема в течение суток (сложная схема приема лекарств затруднительна для работающего пациента; полипрагмазия ухудшает приверженность);
- наличия в аптеках препаратов, назначенных врачом.

В то же время попытки выяснить у пациентов причины несоблюдения предписанного режима терапии дают противоречивые результаты. Так, по данным одного из опросов, ведущей причиной является забывчивость (рис. 1), в то же время более 1/4 опрошенных вообще не привели вразумительного объяснения.

Во многих случаях отклонения от рекомендаций, данных врачом, пациенты объясняют забывчивостью, снижением памяти и внимания, рассеянностью – т.е. ранними признаками формирования сосудистой деменции. Напомним, что к 2040 г. в связи с увеличением продолжительности жизни в мире ожидается рост числа пациентов с когнитивными

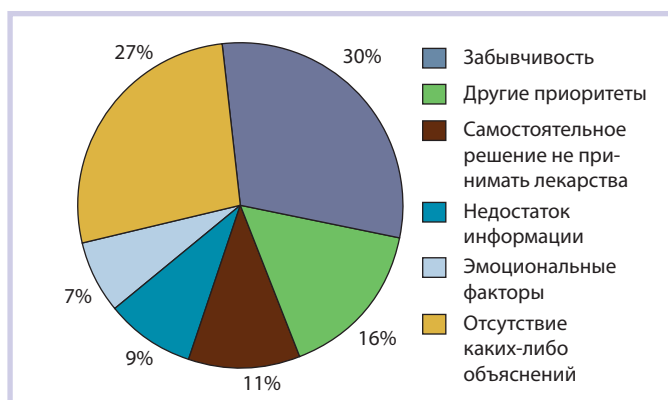


Рис. 1. Причины несоблюдения больными предписанного режима лечения (по результатам опроса пациентов)

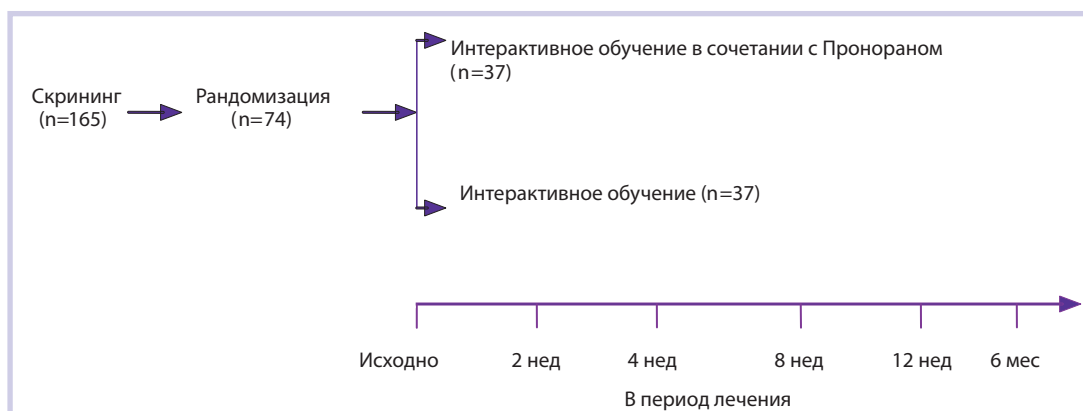


Рис. 2. Дизайн исследования

расстройствами в виде деменции с 3,3 до 81,1 млн человек. В то же время продолжительность жизни пациентов с сосудистой деменцией после постановки диагноза составляет около 5 лет. Непосредственной причиной летального исхода у таких больных являются инсульт (нередко повторный) или инфаркт миокарда на фоне неконтролируемого повышения уровня АД.

В связи с имеющимися прогнозами становится все очевиднее, что даже передовые достижения современной медицины в лечении АГ не будут реализованы на практике, если не повышать приверженность пациентов лечению, не внедрять современные методологические подходы, в том числе обучение больных, в сочетании с мерами, улучшающими когнитивную функцию и снижающими темпы развития и прогрессирования деменции.

В целом методы повышения приверженности к лечению можно объединить в 4 большие группы: 1) обучение пациентов; 2) улучшение схемы дозирования медикаментов; 3) улучшение взаимодействия между врачами и пациентами; 4) системное ведение пациента, включающее не только терапию основного заболевания, но и коррекцию сопутствующих состояний, в том числе улучшение когнитивных функций и повышение качества жизни.

В клинической практике врач зачастую берет на себя ответственность не только при выборе оптимального лечения, но и в оценке эффективности данного лечения для пациента, в том числе на основании антигипертензивного эффекта и динамики общего статуса пациента. Однако оценка показателей качества жизни (КЖ) по мнению врача и пациента может в этом случае различаться. Так, в 1992 г. был проведен анализ влияния постоянной антигипертензивной терапии на качество жизни пациентов с гипертонической болезнью [17]. В исследовании участвовали 75 больных, их лечащие врачи и родственники пациентов. Все они заполняли опросники по КЖ. Все врачи однозначно заявили, что КЖ их пациентов улучшилось. Опрос больных показал, что только 48% чувствуют себя лучше, 8% – хуже, 44% не отметили каких-либо изменений в своем состоянии. Оценка КЖ больных, по мнению их родственников, отличалась от приведенных выше: 99% родственников ответили, что состояние их близких ухудшилось, 33% отмечали забывчивость, 45% – раздражительность, 46% – депрессию, 55% – ипохондрию. Результаты исследования показали, что, помимо оптимизации лечения, необходимо постоянное взаимодействие между врачами и пациентами (особенно в период обучения пациентов), же-

лательно с привлечением родственников последних.

Обучение пациентов предполагает информирование их о нормальных показателях АД, разъяснение опасности повышенного АД и необходимости длительной терапии заболевания как медикаментозными, так и немедикаментозными методами, а также вовлечение в образовательные программы по овладению

навыками самоконтроля за уровнем АД, частотой сердечных сокращений (ЧСС), массой тела, окружностью талии, ведением пищевых дневников и т.д.

К сожалению, врачами часто игнорируется высокая вероятность превратного понимания больным получаемых инструкций. Для большинства пациентов медицинские термины, названия медикаментов звучат как чужеродные, непонятные слова; более того, не все больные адекватно воспринимают устные инструкции. У пожилых людей, страдающих АГ, нередко органические поражения головного мозга, что существенно снижает эффективность их обучения и требует дополнительных вмешательств.

Обучение пациентов в школах больных с АГ проводится по определенной схеме, подразумевающей лекционный материал, тренинги по формированию навыков самоконтроля, а также выдачу пациенту методических руководств на руки. Однако вопрос о степени усвоения материала и способности использовать его в повседневной жизни зависит от возможности улучшения когнитивных функций у пациента. Это возможно при применении лекарственных средств, влияющих на активность нейрогормональных систем (холинергических, норадренергических, дофаминергических и т.д.).

У пациентов с мягкими и умеренными когнитивными расстройствами убедительно продемонстрирована эффективность антагониста дофаминовых рецепторов Пронорана (пирибедил).

В связи с этим представляло интерес сопоставить 2 схемы ведения пациентов пожилого возраста с АГ и легкими когнитивными нарушениями: схема медикаментозного лечения с обучением по адаптированной программе в школе для пациентов с АГ и контролем усвоения знаний на фоне применения Пронорана и без него.

В исследовании было включено 74 пациента с АГ и мягкими или умеренными когнитивными расстройствами, разделенные на 2 рандомизированные группы: 1-ю, основную, группу составили 37 больных с интерактивным обучением в сочетании с приемом Пронорана – 50 мг/сут; 2-ю, контрольную (n=37), – только с интерактивным обучением (рис. 2).

Средний возраст больных в 1-й группе составил $71 \pm 7,5$ года, во 2-й – $71 \pm 7,8$ года (табл. 1). Все больные, включенные в исследование, имели АГ и находились на стандартной терапии ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) и диуретиками; при необходимости к лечению добавляли блокаторы кальциевых каналов или β -адреноблокаторы. Целевым был уровень АД $<140/90$ мм рт. ст.

Наличие и степень выраженности когнитивных нарушений определяли у всех пациентов по Краткой шкале оценки психического статуса – КШОПС. Исходно количество баллов по КШОПС составило 25 ± 1 в обеих группах, что свидетельствовало о наличии у всех предметных когнитивных нарушений. Для оценки нарушений памяти использовался опросник самооценки памяти McNair и Kahn. Изначально в основной группе оценка составила 56 ± 4 балла, в контрольной – 57 ± 4 балла, что указывало на несомненное снижение памяти и наличие когнитивных расстройств.

Интерактивное обучение в группах проводилось в ходе 3 занятий в поликлинике, на которых пациентам выдавали информационные материалы, с последующим амбулаторным наблюдением и телефонными контактами (1 раз в месяц). При последующих визитах проводили тест на усвоение знаний, полученных на занятиях в поликлинике. Па-

циенты 1-й группы получали также Проноран (50 мг/сут). Период наблюдения составил 6 мес. В обеих группах оценивали приверженность терапии (комплаенс), число госпитализаций и(или) обращений к врачу в связи с ухудшением течения АГ и(или) по любым сердечно-сосудистым причинам, динамику сопутствующих жалоб (головокружение, нарушение сна, головная боль, утомляемость, снижение памяти, внимание).

У пациентов также оценивали динамику качества жизни по визуальной шкале опросника EQ-5D, представляющей собой вертикальную шкалу с градуировкой от 0 до 100, где 0 – наихудшее (смерть), а 100 – наилучшее состояние здоровья, которое может себе представить пациент.

В ходе исследования получены следующие результаты. За период наблюдения в обеих группах зафиксировано 36 госпитализаций: 11 – в основной и 25 – в контрольной. При этом госпитализации по сердечно-сосудистым причинам составили лишь 46% от всех в группе Пронорана (в контроле – 60%). Отмечен 1 летальный исход – в контрольной группе. Различия в частоте обращений за медицинской помощью в связи с ухудшением течения сердечно-сосудистой патологии оказались существенными: в основной группе – 31 случай, в контроле – 65.

Особое внимание уделялось определению приверженности пациента лечению. В ходе образовательных занятий каждый из них получил четкую информацию о своем заболевании, а также рекомендации по лекарственной терапии (препараты, дозы, кратность и режим применения), немедикаментозному лечению (особенности диеты, физической активности), навыки самоконтроля (включая измерение АД и ЧСС, контроль массы тела, окружности талии, диуреза, дистанции ходьбы). По результатам тестирования исходно 100% пациентов согласились следовать всем правилам медикаментозного и немедикаментозного лечения, а также поняли задачи по самоконтролю состояния. Однако через 6 мес результаты определения приверженности пациентов лечению в группах оказались различными (табл. 2).

Таблица 1

Клиническая характеристика пациентов, включенных в исследование

Показатель	Группа	
	1-я	2-я
Пол, м/ж	9/28	8/29
Средний возраст, годы	$71,0 \pm 7,5$	$71,0 \pm 7,8$
Артериальная гипертония, n (%)	37 (100)	37 (100)
Предшествующие ОНМК, n (%)	20 (55)	19 (51)
Предшествующие ОИМ, n (%)	14 (37)	13 (35)
Нарушение толерантности к глюкозе, n (%)	5 (14)	5 (14)
Сахарный диабет, n (%)	7 (19)	6 (16)
Нарушение сердечного ритма, n (%)	5 (14)	6 (16)
ХСН, NYHA I, n (%)	15 (40)	16 (41)
САД, мм рт. ст.	$133,0 \pm 4,8$	$133,0 \pm 5,1$
ДАД, мм рт. ст.	$81,0 \pm 3,4$	$82,0 \pm 4,5$
КШОПС, баллы	25 ± 1	25 ± 1
Тест McNair и Kahn, баллы	56 ± 4	57 ± 4

Таблица 2

Динамика следования исходно полученным рекомендациям (в %)

Показатель	Группа			
	1-я		2-я	
	до лечения	через 6 мес	до лечения	через 6 мес
Применение Пронорана	100	92	–	–
ИАПФ	100	95	100	65
Диуретики	100	91	100	70
β-Адреноблокаторы	38	25	37	9
Блокаторы кальциевых рецепторов	27	20	30	13
Модификация диеты и физической активности согласно рекомендациям	100	57	100	12
Использование навыков самоконтроля	100	58	100	9

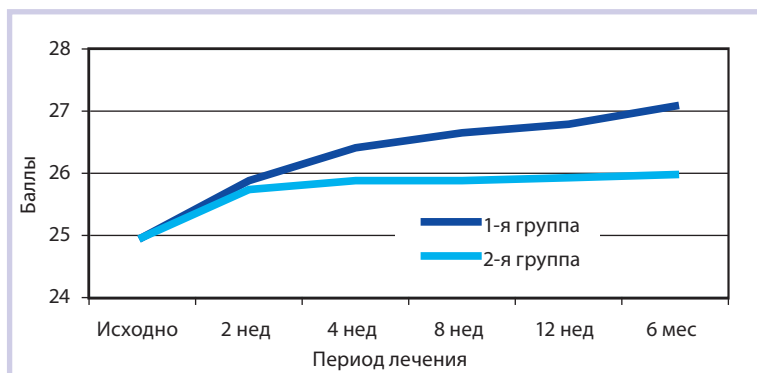


Рис. 3. Динамика психического статуса (по КШОПС)

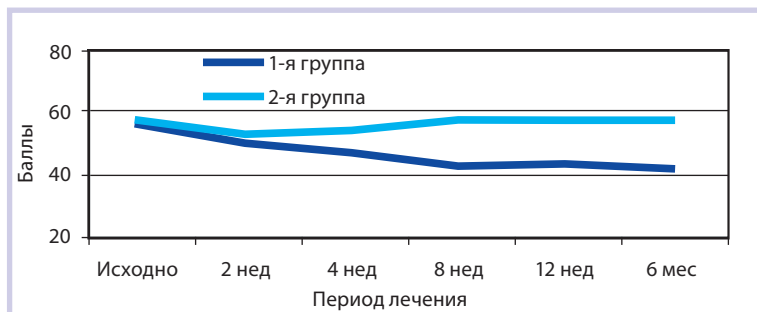


Рис. 4. Результаты самооценки памяти (по опроснику McNaig и Kahn)



Рис. 5. Динамика сопутствующих жалоб

Как видно из представленных данных, в основной группе сохранился высокий комплаенс, касающийся использования лекарственных препаратов; неудовлетворительный результат в контрольной группе пациенты объясняли забывчивостью и невнимательностью. Снижение комплаентности во 2-й группе было сопоставимо с результатами клинических исследований, согласно которым отмена антигипертензивных препаратов через 6 мес от начала их приема происходит при назначении ИАПФ в 15% случаев, диуретиков – 15–20%, β-блокаторов – в 20–25% и при назначении антагонистов Са – в 20% случаев. Отсюда следует, что антигипертензивные препараты, помимо высокой гипотензивной эффективности, должны иметь хорошую переносимость и удобный режим дозирования.

Еще хуже оказалась приверженность немедикаментозному лечению и использованию навыков самоконтроля, однако в основной группе эти показатели составили соответственно 57 и 58%, а в контрольной – лишь 12 и 9%. При этом пациентами 1-й группы отмечались социально-экономические аспекты (дороговизна «правильных» продуктов питания, отсутствие приборов для регулярного контроля массы тела, уровня АД и ЧСС), а также отсутствие желания выполнять полученные рекомендации. Во 2-й группе к перечисленным причинам добавлялись забывчивость и неуверенность в правильности выполняемых предписаний с отказом от них, что привело к несоблюдению рекомендаций по лечению и определило большое количество обращений за медицинской помощью в связи с ухудшением состояния и большое количество госпитализаций.

Информативна оценка динамики психического статуса с помощью КШОПС (рис. 3). Через 6 мес исходно низкий результат улучшился как в 1-й, так и во 2-й группе: соответственно 27 и 26 баллов. Это объясняется эффективностью сердечно-сосудистой терапии, нормализующей центральную гемодинамику и улучшающей мозговой кровоток, а лучший результат в 1-й группе – комплексным лечением с применением Пронорана.

При исследовании памяти с помощью опросника McNaig и Kahn (рис. 4) исходный уровень, свидетельствующий о наличии когнитивных нарушений у всех пациентов, через 6 мес понизился в 1-й группе в среднем до 45 баллов (во 2-й группе такой динамики не было). Этот результат подтверждает эффективность Пронорана как препарата, улучшающего когнитивную функцию.

Анализ жалоб больных 2 групп продемонстрировал улучшение их самочувствия на фоне проводимого лечения: меньше было жалоб на головокружение, головную боль, снижение памяти, нарушение сна, быструю утомляемость. Однако при включении в комплекс лечения Пронорана получены более высокие результаты, особенно улучшалась память

(ее ухудшение – ведущий симптом когнитивных нарушений, рис. 5).

Суммирующим показателем результатов лечения стала динамика качества жизни по визуальной Шкале опросника EQ-5D. При близкой субъективной оценке состояния здоровья в группах в исходном периоде (соответственно 50 ± 9 и 51 ± 10 баллов) через 6 мес отмечено достоверное ($p < 0,05$) улучшение этого показателя в 1-й группе (соответственно $82,0 \pm 12,1$ и $57 \pm 8,0$ балла).

Таким образом, обучение пожилых пациентов с мягкими и умеренными когнитивными расстройствами в сочетании с АГ при использовании препаратов, влияющих на выраженность когнитивных нарушений, приводит к улучшению клинического состояния (снижению частоты головокружения, восстановлению сна, снижению частоты и интенсивности головной боли, снижению утомляемости), т.е. улучшает когнитивную функцию, а следовательно, повышает качество жизни больных.

Полученные данные подтверждают, что наиболее чувствительными показателями качества жизни при АГ являются: когнитивная функция, симптомы заболевания, психологическое состояние, нарушения сна и социальная функция.

Результаты проведенного в 2000 г. мета-анализа 77 контролируемых клинических исследований по изучению эффективности гипотензивной терапии показали, что эффективное немедикаментозное лечение, коррекция избыточной массы тела, увеличение физической активности и улучшение когнитивных функций на фоне контролируемого уровня АД приводят к значительному улучшению качества жизни.

Полученные нами данные показали высокую эффективность проводившегося лечения в улучшении памяти и внимания (напомним, на повышенную забывчивость жалуются не менее 50% людей старше 50 лет и 75% – старше 70 лет). Это способствовало высокой приверженности пациентов лечению и снижению частоты госпитализаций по любым сердечно-сосудистым причинам.

Таким образом, при лечении Пронораном достоверно улучшаются нейропсихологические показатели, что свидетельствует об уменьшении на фоне лечения общей тяжести когнитивных расстройств и улучшении мнестических и психомоторных функций.

Комплексное ведение пожилых пациентов с АГ и мягкими и умеренными когнитивными расстройствами (включающее антигипертензивную терапию, обучение, коррекцию когнитивных расстройств) способствует повышению приверженности больных лечению, формирует у них мотивацию к сохранению своего здоровья и повышает ответственность за здоровье как свою личную собственность.

ENHANCING COMPLIANCE AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

*T. Chernyavskaya, Candidate of Medical Sciences
Russian State Medical University*

The paper analyzes 2 management schemes for elderly patients with arterial hypertension (AH) concurrent with mild and moderate cognitive disorders. The comprehensive approach to managing the patients, which comprises education by an adapted program at school for AH patients and inspection of their learning, as well as antihypertensive therapy and Pronoran use, is shown to promote (unlike a Pronoran-free scheme) increased treatment compliance and hence lower rates of medical advice and admissions.

Key words: cognitive disorders, arterial hypertension, education, compliance, Pronoran.

проблема

ОБШИРНАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА – ГЛОБАЛЬНАЯ УГРОЗА ДЛЯ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА

О. Комисарова, кандидат медицинских наук, **Р. Абдуллаев**, доктор медицинских наук, **В. Ерохин**, член-корр. РАМН, профессор, Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза РАМН, Москва
E-mail: okriz@rambler.ru

Освещены распространенность лекарственно-устойчивых штаммов возбудителей туберкулеза под влиянием различных биологических, медицинских и социальных факторов и эффективность лечения в разных регионах мира больных туберкулезом легких, выделяющих микобактерии с обширной лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам.

Ключевые слова: туберкулез, лекарственная устойчивость, микобактерии туберкулеза, химиотерапия, противотуберкулезные препараты.

Современная эпидемиологическая обстановка по туберкулезу остается напряженной в большинстве стран мирового сообщества. По последним данным ВОЗ, в 2007 г. в мире зарегистрировано 9,27 млн новых случаев заболевания и 1,3 млн летальных исходов, связанных с туберкулезом [70]. Характерная особенность современной эпидемии туберкулеза – повсеместное распространение лекарственно-устойчивых штаммов возбудителя заболевания [71, 72]. При этом настораживает увеличение удельного веса микобактерий туберкулеза (МБТ) с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) – к 2 противотуберкулезным препаратам (ПТП) и более, особенно если 2 из них – это изониазид и рифампицин.

Согласно данным ВОЗ, в 2007 г. насчитывалось приблизительно 0,5 млн случаев МЛУ-туберкулеза. При этом на 27 стран (из них 15 – в европейском регионе) приходилось 85% таких случаев [22, 54, 71, 72]. Наибольшее число случаев МЛУ-туберкулеза зарегистрировано в 5 странах – Индии (131 тыс.), Китае (112 тыс.), Российской Федерации (43 тыс.), Южной Африке (16 тыс.) и Бангладеш (15 тыс.) [72]. В РФ удельный вес больных с выделением мультирезистентных форм МБТ (по отношению ко всем бактериовыделителям) возрос с 10,5% в 1999 г. до 21,4% в 2007 г. [8]. В 2008 г. в РФ МЛУ-туберкулез наблюдался у 19,4% всех выявленных больных (у 13,6% – среди впервые установленных и 28,8% – в случае рецидивов) [1, 7].

Больные МЛУ-туберкулезом эпидемиологически более опасны из-за высокой вирулентности МБТ, большей длительности бактериовыделения, высокого уровня контагиозности не только для иммунокомпрометированных, но и для здоровых людей [1, 7, 12, 73]. К группам повышенного риска развития МЛУ-возбудителя туберкулеза относятся лица, ранее неудачно лечившиеся ПТП, больные туберкулезом с остро прогрессирующим течением заболевания, пациенты, находившиеся ранее в контакте с больными МЛУ-туберкулезом, ВИЧ-инфицированные больные туберкулезом, пациенты с нарушением всасывания ПТП в желудочно-ки-