

влиянием вирусной тимидинкиназы происходит фосфорилирование ацикловира. Затем вирусная полимераза, ошибочно принимая его за гуанозин, встраивает фосфорилированный ацикловир в концевой участок ДНК, что нарушает принцип комплементарности, а значит, делает невозможным дальнейший ее синтез. На этом основана избирательность действия ацикловира в инфицированной клетке. Включение ацикловира в новую вирусную ДНК происходит под влиянием не клеточных, а вирусных ферментов (тимидинкиназы и полимеразы). Поэтому ацикловир не участвует в синтезе ДНК в клетках, не пораженных вирусом.

Валиновый эфир ацикловира (валацикловир) обладает большей биодоступностью, чем ацикловир. По сути дела, валацикловир — транспортная форма ацикловира; при этом ацикловир — действующее вещество валацикловира.

Консультирование является неотъемлемой составляющей лечения. Пациентам следует рассказать об особенностях заболевания, возможных вариантах лечения, позволяющих эффективно контролировать герпес; однако при первом визите к врачу больные усваивают лишь небольшой объем информации, в связи с чем при повторных беседах надо возвращаться к ранее рассмотренным вопросам [2, 6].

Поводя итог сказанному, следует отметить, что анкетирование небольшой группы врачей продемонстрировало пробелы в их знаниях о генитальной герпетической инфекции. По нашему мнению, необходимо: внести уточнения и дополнения в учебные планы и программы факультетов повышения квалификации; привлечь врачей смежных специальностей к преподаванию отдельных вопросов на циклах усовершенствования; разработать стандарты ведения пациентов, которые следовало бы обязательно соблюдать.

Вместе с тем применение в отсутствие национальных стандартов врачами всех специальностей единых клинических рекомендаций российских профессиональных сообществ позволит врачу избежать ситуаций, когда при проведении экспертизы действия специалиста могут быть расценены как «ненадлежащее оказание» медицинской помощи.

Литература

1. Дерматовенерология. Клинические рекомендации / Российское общество дерматовенерологов / под ред. А.А. Кубановой. — М.: ДЭКС-Пресс, 2008. — 368 с.
2. Catotti D., Clarke P., Catoe K. Herpes revisited: still a cause for concern // Sex Transm Dis. — 1993; 20: 77–80.
3. Centers for Disease Control. STD Treatment guidelines // MMWR, 2006; 55: 94 p.
4. Geretti A., Brown D. National survey of diagnostic services for genital herpes // Sex Transm. Infect. — 2005; 81 (4): 316–317.
5. Patel R. Supporting the patient with genital HSV infection // Herpes. — 2004; 11: 87–92.
6. Scouler A. Using the evidence base on genital herpes: optimising the use of diagnostic tests and information provision // Sex Transm. Infect. — 2002; 78 (3): 160–165. Review.
7. Wald A. Testing for genital herpes: how, who, and why // Curr. Clin. Top Infect. Dis. — 2002; 22: 166–180.

HERPETIC INFECTION: MEDICAL CARE QUALITY

A. Ignatovsky, Candidate of Medical Sciences

Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University

The most common errors in the diagnosis of herpetic infection and the tactics of management of patients are discussed. The errors can be avoided if advanced training programs for physicians are modified and physicians of all specialties follow uniform clinical guidelines.

Key words: herpetic infection, quality of medical care.

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Н. Петрова, А. Кутузова, Е. Бобровская,

Санкт-Петербургский государственный университет, Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

E-mail: petrova_nn@mail.ru

Острый период инфаркта миокарда (ИМ) с элевацией сегмента ST характеризуется появлением у больных депрессивных (>70% случаев) и тревожных (>60% случаев) расстройств и значительным снижением качества жизни. Назначение на 3-и сутки острого ИМ курсового лечения анксиолитиком Афобазолом безопасно и эффективно.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, депрессивные и тревожные расстройства, анксиолитик Афобазол.

Понимание необходимости целостного психосоматического подхода к лечению жизнеопасных заболеваний [6], к сожалению, пока не нашло должного отражения в практической деятельности врачей-интернистов. Между тем доля психосоматических расстройств в популяции и значимость психических факторов при сердечно-сосудистой патологии неуклонно возрастает [1, 5, 8, 17]. Аффективные нарушения, являясь одним из независимых факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), не только усугубляют симптоматику и ухудшают функциональный статус пациента, но и повышают вероятность неблагоприятных течения и исхода заболевания [2, 18]. Жизнеугрожающее обострение хронической ИБС — острый инфаркт миокарда (ИМ) — также неизбежно сопровождается эмоциональной нестабильностью пациентов. У 1/3 больных острым ИМ регистрируются тревожные и депрессивные расстройства, пациенты нередко испытывают дистресс, разнообразные фобии [10, 11, 16]. К сожалению, кардиологи не всегда уделяют достаточно внимания психологическому состоянию таких больных, а своевременная коррекция выявленных специфических нарушений не принадлежит к числу рутинных подходов. Таким образом, исследование фонового психического состояния и отработка методов психокорректирующего вмешательства у больных острым ИМ весьма актуальны.

Медикаментозная терапия тревожных расстройств хорошо разработана, однако в кардиологической практике выбор анксиолитика, особенно для пациента с ИМ, определяется не только эффективностью лекарственного препарата. Анксиолитик должен быть нетоксичным, не оказывать значимого влияния на гемодинамику, безопасно сочетаться с соматотропными медикаментами, не приводить к побочным неблагоприятным эффектам и синдрому отмены. Указанным требованиям отвечает производное 2-меркаптобензимидазола — селективный анксиолитик Афобазол, тормозящий развитие мембранозависимых изменений в ГАМК-бензодиазепиновом рецепторном комплексе [7]. В связи с тем что сведения о возможном его ис-

пользовании у больных ИМ ограничены, целесообразны дополнительные исследования в данном направлении.

Нами оценены психический статус и результаты курсового лечения тревожных расстройств анксиолитиком Афобазолом у больных острым ИМ.

В исследовании участвовали 19 больных (12 мужчин и 7 женщин; средний возраст – 63 ± 3 года) острым ИМ с элевацией сегмента ST, у которых, помимо клинических проявлений основного заболевания, отмечались беспокойство, тревожные опасения и ожидания, изолированные фобии (страх сердечного приступа и т.п.). На 2-е сутки острого ИМ (после купирования болевого синдрома) и через 30 дней у всех пациентов изучались: уровень связанного со здоровьем качества жизни (КЖ) по экспериментально-психологической методике SF-36 [20] и психический статус по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) [22], самооценочной Шкале тревожности Спилбергера [19], Шкале Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) [9].

Все больные получали стандартную медикаментозную терапию аспирином, гепарином, β -адреноблокаторами, нитратами, которая у 9 пациентов (подгруппа Афобазола) была дополнена анксиолитиком Афобазолом в дозе 10 мг 3 раза в день. Курс лечения Афобазолом начинался после стабилизации соматического состояния пациентов и их перевода из отделения интенсивной терапии и реанимации в кардиологическое отделение стационара (3–5-е сутки), продолжительность курсового лечения Афобазолом составила 30 сут. В подгруппу сравнения вошли больные острым ИМ с элевацией сегмента ST, получавшие только стандартную терапию ($n=10$).

Статистическая обработка выполнена с помощью пакета программ Statistica 6.0 for Windows. Достоверность различий между группами определялась по t-критерию Стьюдента для малых выборок.

Как и ожидалось, текущий ИМ драматически повлиял на КЖ пациентов. Так, больные указывали на значительное ухудшение здоровья (GH – $32,7 \pm 2,2$ балла), крайне негативно оценивали свое эмоциональное функционирование ($28,4 \pm 4,7$ балла), отмечали выраженную интенсивность болевого приступа ($28,2 \pm 4,4$ балла) и заметное снижение работоспособности в течение предшествующего острому ИМ месяца ($16,5 \pm 4,8$ балла). КЖ по шкалам энергичности ($49 \pm 2,9$ балла) и социального функционирования ($63,4 \pm 5,6$ балла) также оказалось невысоким.

При скрининговом обследовании с помощью субъективной шкалы HADS [13] в 63% случаев у больных острым ИМ с элевацией сегмента ST выявлены аффективные рас-

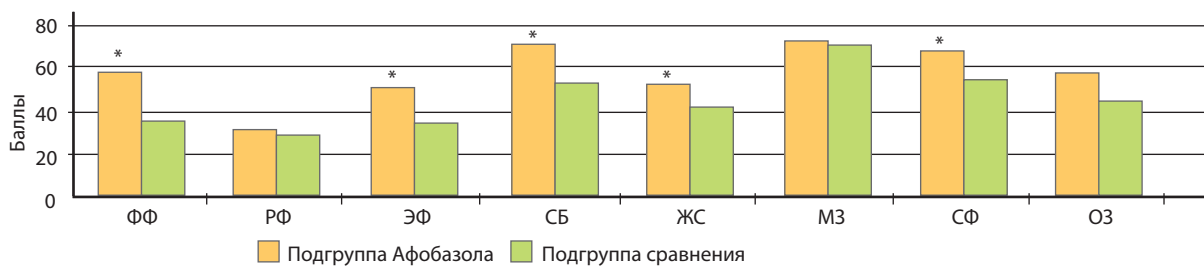
стройства, что не противоречит современным представлениям об их распространенности у пациентов с острыми формами сердечно-сосудистой патологии [15] и подтверждает целесообразность обязательного скрининга тревожности и депрессии у всех больных ИБС [21].

Более подробная оценка показала, что для пациентов с острым ИМ с элевацией сегмента ST характерны стойкие изменения в виде умеренной личностной тревожности ($33,3 \pm 2,5$ балла). Реагируя на ситуацию развития острого жизнеугрожающего заболевания – ИМ, 37% больных испытывали умеренную, а 26% – выраженную тревожность.

С помощью объективной Шкалы Гамильтона исходный психический статус пациентов был интерпретирован как малый депрессивный эпизод (11 ± 1 балл). В среднем депрессивные расстройства регистрировались у 79% больных острым ИМ с элевацией сегмента ST, в том числе большой депрессивный эпизод (17 ± 1 балл) отмечен в 16% случаев. Сочетание повышенного уровня тревожности и депрессии у обследованных подтверждает описанный ранее феномен их коморбидности при сердечно-сосудистой патологии [3, 12].

Таким образом, полученные данные позволили охарактеризовать пациентов с текущим ИМ как страдающих клинически очерченными аффективными расстройствами. Ввиду доказанного неблагоприятного влияния аффективных нарушений на течение и прогноз ИБС [1] для уменьшения выраженности тревожных расстройств 9 больным, изъявившим добровольное согласие, в дополнение к медикаментозной терапии острого ИМ был назначен анксиолитик Афобазол. К концу 1-й недели психофармакотерапии у пациентов этой подгруппы регистрировали улучшение самочувствия в виде уменьшения выраженности тревожных мыслей, эмоциональной напряженности, нормализации сна. В подгруппе сравнения аналогичных позитивных изменений зарегистрировано не было. К моменту завершения курсового лечения Афобазолом получавшие его больные отмечали хорошую переносимость препарата, а также субъективное ощущение улучшения настроения, уменьшение или исчезновение тревоги, плаксивости, сонливости, чувства беспокойства и страха. Побочных эффектов за время курсового лечения Афобазолом зарегистрировано не было.

Скрининговое обследование с помощью методики HADS на 30-е сутки после ИМ выявило отсутствие тревожных расстройств у 6 пациентов, получавших Афобазол. У остальных 3 уровень тревожности не превышал субклинического (8–10 баллов). У 70% больных подгруппы срав-



ФФ – физическое функционирование; РФ – ролевое функционирование; ЭФ – эмоциональное функционирование; СБ – свобода от боли; ЖС – энергичность, жизненная сила; МЗ – ментальное здоровье; СФ – социальное функционирование; ОЗ – общее здоровье

КЖ больных ИМ на 30-й день заболевания (SF-36); * различия между подгруппами достоверны при $p < 0,05$

нения, напротив, сохранялись аффективные расстройства, в том числе клинически выраженные – у 4 пациентов.

К 30-м суткам ИМ у всех больных отмечалось уменьшение реактивной тревожности. Несомненно, это можно объяснить естественным течением заболевания, а также положительными результатами стандартного лечения и реабилитационного вмешательства. Однако, оставаясь низким, уровень реактивной тревожности у больных подгруппы сравнения превышал таковой в подгруппе Афобазола ($25 \pm 2,2$ против $19,7 \pm 1$ балла соответственно; $p < 0,05$).

В связи с отсутствием специфической тимоаналептической терапии через 30 дней наблюдения, по данным Шкалы Гамильтона, психологические особенности обследованных пациентов с ИМ в среднем соответствовали малому депрессивному эпизоду ($9 \pm 0,8$ балла). Однако в подгруппе Афобазола депрессивные расстройства не выявлены в половине случаев, а в подгруппе сравнения – лишь в 1.

К 30-м суткам ИМ на фоне стандартных лечебно-реабилитационных мероприятий КЖ всех больных с ИМ заметно улучшилось. Однако в подгруппе Афобазола эти изменения были выражены больше, чем у пациентов подгруппы сравнения (см. рисунок). Так, больные, не получавшие Афобазол, указывали на меньшую удовлетворенность своим эмоциональным (ЭФ) и социальным функционированием (СФ), были менее энергичны (ЖС) и испытывали большие затруднения при выполнении физических нагрузок (ФФ). Кроме того, несмотря на адекватную стандартную медикаментозную терапию основного заболевания, пациенты подгруппы сравнения отмечали больше болевых ощущений (СБ), чем больные подгруппы Афобазола. Скорее всего, такие комплексные изменения и психической, и физической составляющих КЖ можно объяснить ослаблением негативного влияния тревожности на самочувствие и функциональные возможности больных ИМ [4, 14].

Таким образом, полученные данные позволяют рассматривать больных острым ИМ с элевацией сегмента ST как субъектов с коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами эмоциональной сферы различной степени выраженности и со значительным снижением КЖ. Курсовое лечение анксиолитиком Афобазолом безопасно и оказывает положительное воздействие на психический статус, психическую и физическую составляющие КЖ пациентов с ИМ.

Острый период ИМ с элевацией сегмента ST характеризуется появлением у больных тревожных (>60% случаев) и депрессивных (>70% случаев) расстройств и значительным снижением КЖ. Назначение после 3 сут острого ИМ курсового лечения анксиолитиком Афобазолом безопасно, эффективно устраняет тревожно-депрессивные расстройства, а также улучшает КЖ.

Литература

1. Белялов Ф.И. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца // Кардиология. – 2002; 42 (8): 63–67.
2. Иванов С.В. Психосоматические расстройства в кардиологии // Сердце. – 2002; 1, 4 (4): 169–172.
3. Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Округина О.М. и др. Динамический анализ психического статуса и теста с шестиминутной ходьбой у больных с сердечной недостаточностью на стационарном этапе лечения // Врач. – 2004; 3: 36–38.

АФОБАЗОЛ®

СОВРЕМЕННОЕ СРЕДСТВО ОТ ТРЕВОГИ И СТРЕССА

- Селективный анксиолитик небензодиазепинового ряда
- Не вызывает привыкания и сонливости
- Не снижает концентрацию внимания и память
- Отпускается без рецепта



РУ ЛС-000861



ОАО «Фармстандарт»
141700, Россия, Московская обл.,
г. Долгопрудный, Лихачёвский проезд, д. 5Б
Тел./факс : (495) 970 00 30 / (495) 970 00 32
www.pharmstd.ru

ОАО «Фармстандарт-Лексредства»

РАЗГРУЗОЧНО-ДИЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

С. Муравьев, кандидат медицинских наук,
Тюменская государственная медицинская академия
E-mail: cam-2009@mail.ru

4. Кутузова А.Э. Мультидисциплинарный эффект комплексного реабилитационного вмешательства у больных с хронической сердечной недостаточностью // Рос. кардиол. журн. – 2007; 5 (67): 32–38.

5. Погосова Г.В. Психозоматические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях: терапевтические аспекты // Consilium medicum. – 2006; 8(5): 118–123.

6. Пограничная психическая патология в общей медицинской практике / под ред. А. Б. Смулевича. – М.: Русский врач, 2000. – С. 78–105.

7. Подхомутников В.М., Баранова М.Н., Южно Е.С. Применение афобазола у больных инфарктом миокарда / Проблемы современной психокardiологии // Матер. Росс. нац. конгр. кардиол. и конгр. кардиол. стран СНГ. – М., 2007. – С. 50–52.

8. Chierchia S.L. Angina pectoris and the personality factor: the relevance of psychosocial factors in myocardial ischaemia // Eur. Heart J. – 1997; 18: 6: 892–893.

9. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness // Br. J. Soc. Clin. Psychol. – 1967; 6: 278–296.

10. Huffman J., Smith F., Quinn D. et al. Post-MI psychiatric syndromes: six unanswered questions // Harv. Rev. Psychiatry. – 2006; 14 (6): 305–318.

11. Lauzon C., Beck C.A., Thao Huynh et al. Depression and prognosis following hospital admission because of acute myocardial infarction // CMAJ. – 2003; 168 (5): 547–552.

12. Lepine J. The epidemiology of anxiety disorders prevalence and social costs // J. Clin. Psychiatry. – 2002; 63 (14): 4–8.

13. Martin C., Thompson D., Chan D. An examination of the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Chinese patients with acute coronary syndrome // Psychiatry Res. – 2004; 129 (3): 279–288

14. Mayou R., Gill D. et al. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction // Psychosom. Medicine. – 2000; 62: 212–219.

15. Moser D.K. The Rust of Life: Impact of Anxiety on Cardiac Patients // Am. J. Critical Care. – 2007; 16 (4): 361–369.

16. Nasilowska-Barud A. Anxiety and fear level in patients after myocardial infarction over five years of rehabilitation // Ann. Univ. Mariae Curie Sklodowska. – 2002; 57 (2): 505–513.

17. Richardson L. Psychosocial issues in patients with congestive heart failure // Prog. Cardiovasc. Nurs. – 2003; 18 (1): 19–27.

18. Shapiro P., Lespérance F., Frasura-Smith N. et al. An Open-Label Preliminary Trial of Sertraline for Treatment of Major Depression After Acute Myocardial Infarction // Am. Heart. J. – 1999; 137 (6): 1100–1106.

19. Spielberger C., Gorsuch R., Lushene R. Manual for the state-trait anxiety inventory. – Palo Alto, USA. – Consulting Psychologist Press, 1970.

20. Ware J., Snow K., Kosinski M. et al. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. The Health Institute, New England Medical Center. – Boston, Mass., 1993.

21. Wyszynski A., Schwartz M., et al. The patient with cardiovascular disease. In: Manual of psychiatric care for the medically ill. 1st ed. – American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, 2004. – P. 49–67.

22. Zigmond A., Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta Psychiatr. Scand. – 1983; 67: 361–370.

MEDICAL CORRECTION OF ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

M. Petrova, A. Kutuzova, E. Bobrovskaya

Saint Petersburg State University, V.A. Almazov Federal Center of the Heart, Blood, and Endocrinology; I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University

Acute myocardial infarction (AMI) with ST-segment elevation is characterized by the occurrence of depressive (>70% of cases) and anxiety (>60%) disorders and a considerable decrease in quality of life. Course treatment with the anxiolytic Afabazole used on day 3 of AMI is safe and effective.

Key words: acute myocardial infarction, depressive and anxiety disorders, anxiolytic, Afabazole.

После разгрузочно-диетической терапии (РДТ) 84 пациентам проведено суточное мониторирование АД, изучено функциональное состояние почек современными методами (исследование микроальбуминурии, скорости клубочковой фильтрации). Выявлено положительное влияние РДТ на массу тела, АД и лабораторные показатели функции почек, которое сохранялось в ходе проспективного наблюдения (через 1 и 6 мес).

Ключевые слова: РДТ, артериальная гипертензия, микроальбуминурия.

Как известно, первичной целью лечения больного артериальной гипертензией (АГ) признано «максимальное уменьшение на длительное время общего риска сердечно-сосудистого заболевания и смерти от него» (European Society of Hypertension, 2003). Это подразумевает наряду с воздействием непосредственно на повышенное АД влияние на выявленные обратимые (модифицируемые) факторы риска, в том числе на ожирение, дислипидемию и гипергликемию [3, 5, 6, 8]. Длительное повышение АД ведет к поражению внутренних органов, так называемых органов-мишеней. При этом ключевую роль в патогенезе АГ играют почки, которые не только являются органом-мишенью, но и одновременно участвуют в формировании повышенного АД [4, 7].

Существуют научно подтвержденные данные об эффективности и безопасности метода разгрузочно-диетической терапии (РДТ) при лечении мягкой и умеренной форм АГ, причем как в виде монотерапии, так и в сочетании с лекарственными препаратами [1, 2]. Однако влияние этого метода на поражение органов-мишеней у больных АГ изучено недостаточно.

Нами оценено влияние РДТ на антропометрические, гемодинамические и лабораторные показатели почек у больных АГ с сопутствующим ожирением и без метаболических нарушений в ходе проспективного наблюдения (через 1 и 6 мес после лечения).

В исследовании участвовали пациенты с АГ I–III степени (61 человек), не принимающие антигипертензивные препараты постоянно, и 23 человека без сердечно-сосудистой патологии и заболеваний почек (группа сравнения). Все пациенты прошли курс РДТ с индивидуальными сроками разгрузочного периода на базе эндокринологического отделения стационара МСЧ «Нефтяник» (Тюмень). Обязательным условием было добровольное согласие пациента.

Среди больных АГ было 48 (78,7%) женщин и 13 (21,3%) мужчин. АГ I степени отмечена у 40,9% пациентов, II степени – у 49,1%, III степени – у 10%. Продолжительность АГ менее 5 лет была у 59,2% больных, от 5 до 10 лет – у 31%, более 10 лет – у 9,8%. Все больные АГ были разделены на 2 группы в зависимости от наличия у них сопутствующего алиментарного ожирения: в группе пациентов с АГ и ожирением (n=33) индекс массы тела (ИМТ) в среднем составил $34,7 \pm 0,8$ кг/м², АД – $154,8/92,8 \pm 1,4/1,4$ мм рт. ст.,