

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕРАПИИ АФОБАЗОЛОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Чумакова Е. А.<sup>2</sup>, Гапонова Н. И.<sup>1</sup>, Березина Т. Н.<sup>3</sup>

**Цель.** Изучение повышения эффективности лечения пациентов с артериальной гипертензией на основании учета особенностей нарушений их психоэмоционального статуса.

**Материал и методы.** Изучены психологические особенности 300 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией в возрасте от 35 лет, обратившихся за медицинской помощью в ГП № 9 г. Москвы. Больные были разделены на 2 группы: основную (n=264), в которой к антигипертензивной терапии добавляли Афобазол в суточной дозе 30 мг и группу сравнения (n=36), пациенты которой получали только антигипертензивную терапию. Оценивали частоту вызовов скорой медицинской помощи и регулярность приема антигипертензивных лекарственных средств больными в течение последних 3 лет. Оценку психоэмоционального статуса пациентов осуществляли с помощью методов Спилберга-Ханина и Стрелая, больные заполняли соответствующие опросники. Всем пациентам до начала исследования, через 6 и 18 месяцев было проведено холтеровское мониторирование АД.

**Результаты.** Исследование показало, что предложенный нами вариант терапии больных с АГ является клинически эффективным, способствует нормализации показателей АД, снижению уровня ситуативной и личностной тревожности, снижает общую частоту госпитализаций и направлений на стационарное лечение, обусловленных коморбидной патологией.

**Заключение.** Включение в комплекс лечебных мероприятий данной категории пациентов курса терапии Афобазолом в отдаленном периоде позволяет добиться стойкой положительной динамики показателей АД, нормализации психологических характеристик, увеличить продолжительность стабилизации состояния до 6–12 месяцев при двухразовом сокращении повторных обращений за стационарной помощью в течение полутора лет после проведенного лечения.

Российский кардиологический журнал 2014, 2 (106): 89-95

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, психологические особенности, лечение, Афобазол.

<sup>1</sup>Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова МЗ РФ; <sup>2</sup>ГБУ здравоохранения — городская поликлиника № 9; <sup>3</sup>Московский городской психолого-педагогический университет, Москва, Россия.

Чумакова Е. А.\* — участковый терапевт, Гапонова Н. И. — д.м.н., профессор кафедры скорой медицинской помощи, Березина Т. Н. — доктор психологических наук, профессор кафедры научных основ экстремальной психологии.

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): eliza79@inbox.ru

АГ — артериальная гипертензия, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ИБС — ишемическая болезнь сердца, САД — систолическое артериальное давление, ДАД — диастолическое артериальное давление, АД — артериальное давление, АлАТ — аланинаминотрансфераза, АсАТ — аспартатаминотрансфераза, СМП — скорая медицинская помощь, ЛС — лекарственные средства, иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, АРА — антагонисты рецепторов ангиотензина II, ЦНС — центральная нервная система, ГБ — гипертоническая болезнь, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, КР — клинические рекомендации, ТДР — тревожно-депрессивные расстройства, АРГУС — Улучшение контроля Артериальной Гипертензии У лиц с высоким риском развития Сердечно-сосудистых осложнений, ЛИС — Люберецкое исследование смертности больных, перенесших острый инфаркт миокарда, ПИФАГОР — Первое фармакоэпидемиологическое исследование АГ в России, РЕЛИФ — РЕгулярное Лечение И профилактики — ключ к улучшению ситуации с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России: результаты российского многоцентрового исследования, АТР — Angina Treatment Pattern, EUROASPIRE — European Action on Secondary Prevention through Intervention to Reduce Events, PURE — Prospective Urban Epidemiological study.

Рукопись получена 14.01.2014

Рецензия получена 15.01.2014

Принята к публикации 22.01.2014

## AFOBAZOLE EFFECTIVENESS IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Chumakova E. A.<sup>2</sup>, Gaponova N. I.<sup>1</sup>, Berezina T. N.<sup>3</sup>

**Aim.** To study the potential increase in the treatment effectiveness due to accounting for psychological and emotional status features of patients with arterial hypertension (AH).

**Material and methods.** Psychological status features were assessed in 300 patients with essential AH, aged 35 years and older, who attended the Moscow City Polyclinics No. 9. The main group (n=264) was administered antihypertensive therapy and Afobazole (30 mg/d), while the control group (n=36) received only antihypertensive therapy. The number of ambulance calls and the regularity of antihypertensive pharmacological therapy over the last 3 years were assessed. The Spielberger-Khanin and Strelau scales were used for the questionnaire-based assessment of psychological and emotional status. All participants underwent Holter blood pressure (BP) monitoring at baseline and 6 and 18 months after the start of the treatment.

**Results.** Our variant of antihypertensive therapy was clinically effective and associated with normalised BP parameters, decreased levels of state and trait

anxiety, and reduced number of hospital admissions due to the main disease and comorbidities.

**Conclusion.** Adding Afobazole to the long-term complex treatment of AH patients facilitates stable positive dynamics of BP parameters, normalisation of psychological characteristics, increased duration (up to 6–12 months) of clinical stability periods, and a halved number of hospital readmissions over the following 1,5 years.

Russ J Cardiol 2014, 2 (106): 89-95

**Key words:** arterial hypertension, psychological features, treatment, Afobazole.

<sup>1</sup>A.I. Evdokimov Moscow State Medico-Stomatological University; <sup>2</sup>Moscow City Polyclinic No. 9; <sup>3</sup>Moscow City University of Psychology and Pedagogics, Moscow, Russia.

Выявление в последние десятилетия взаимосвязи вегетативной нервной системы с психологическими факторами и, прежде всего, установление роли психоэмоционального стресса в генезе вегетативной дисфункции при ряде заболеваний, вызывает интерес специалистов в аспекте углубленного изучения роли этих нарушений у больных с полиморбидной сердечно-сосудистой патологией, в частности, при артериальной гипертензии (АГ) [1–3]. В психологической литературе также неоднократно подчеркивалась взаимосвязь психоэмоциональных состояний с физиологическими реакциями организма [4], отмечалась возможность влияния эмоционального статуса (пессимизм/оптимизм) человека на состояние его здоровья и продолжительность жизни [5]. В настоящее время в ряду важнейших этиопатогенетических факторов сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в первую очередь ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии, острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда, большинство специалистов рассматривают психоэмоциональные нарушения и нарушения вегетативной регуляции, проявляющиеся повышением напряжения сосудистой стенки в ответ на воздействие провоцирующих факторов, а также дисфункцией эндотелия при нарушениях липидного обмена и изменениями синусового ритма [2, 6, 7].

По мнению исследователей, вопросы соотношения психических и соматических нарушений, аффективных и соматических расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями являются достаточно сложными, до конца не изученными [8, 9]. В полной мере это относится к заболеваниям, традиционно относимых к психосоматическим, в частности, к гипертонической болезни и ишемической болезни сердца. В ряде исследований было показано, что в психопатологической картине у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями преобладают аффективные расстройства разной степени выраженности, главным образом — тревожно-депрессивные. Так, установлено, что тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) у больных с ССЗ наблюдается значительно чаще, чем в популяции, достигая почти 50%. Симптомы ТДР у таких больных выражаются в снижении физической активности, эмоциональных проявлений, что значительно снижает качество жизни пациентов. Показано, что эти проявления могут ухудшать самочувствие больного в большей степени, чем симптомы, связанные с АГ и ИБС [10].

Вышеизложенное свидетельствует об актуальности проведения исследований по оценке эффективности седативной терапии как одного из компонентов патогенетически обоснованного лечения больных АГ.

Цель исследования — повышение эффективности лечения больных артериальной гипертензией на основании учета особенностей нарушений их психоэмоционального статуса.

### Материал и методы

Изучены психологические особенности 300 пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией в возрасте 35–80 лет (средний возраст —  $72,1 \pm 12,8$  лет), обратившихся за медицинской помощью. Среди них было 200 женщин (66,7%) и 100 мужчин (33,33%). Учитывали количество гипертонических кризов в год, частоту вызовов скорой медицинской помощи и госпитализаций, обусловленных как сердечно-сосудистыми, так и другими заболеваниями.

Все пациенты получали базисную антигипертензивную терапию согласно современным рекомендациям по лечению АГ, включавшую иАПФ, АРА, диуретики, бета-адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов.

Больные, включенные в исследование, были рандомизированы на 2 группы:

— основную ( $n=264$ ), — в лечение которой наряду с антигипертензивной терапией была включена курсовая терапия Афобазолом (ООО “ФАРМСТАНДАРТ”, Россия) в дозировке 10 мг 3 раза в сутки после еды в течение 4 недель и повтором курса через каждые два месяца;

— группу сравнения ( $n=36$ ), включающую пациентов, получавших только антигипертензивную терапию.

Критерии включения пациентов в исследование:

- пациенты обоего пола старше 35 лет;
- стойкая артериальная гипертензия (САД более или равно 140 мм рт. ст. и/или ДАД более или равно 90 мм рт.ст.);
- согласие пациента на участие в исследовании.

Не включались в исследование больные с симптоматической АГ, острым инфарктом миокарда или мозговым инсультом давностью менее 6 месяцев, тяжелыми расстройствами функции печени и почек, с аутоиммунными заболеваниями, декомпенсированным сахарным диабетом, психическими расстройствами, с онкологической патологией.

Оценивали частоту вызовов скорой медицинской помощи (СМП) и регулярность приема антигипертензивных лекарственных средств больными в течение последних 3 лет. Оценку психоэмоционального статуса пациентов осуществляли с помощью методов Спилберга-Ханина и Стреляу, при этом больные заполняли соответствующие опросники. Всем пациентам до начала исследования, через 6 и 18 месяцев было проведено холтеровское мониторирование АД.

Статистическая обработка результатов выполнена на персональном компьютере при помощи пакета программ для статистической обработки дан-

ных STATISTICA for Windows 8,0. (StatSoft, США). Определение достоверности различий между качественными показателями сравниваемых групп проводили с помощью критерия  $\chi^2$  (хи-квадрат) с учетом поправки Йетса для сравнения частот бинарного признака в двух несвязанных группах парных сравнений.

Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы принимали равным 0,05.

### Результаты исследования

На первом этапе исследования оценивали зависимость частоты вызовов скорой медицинской помощи и регулярность приема антигипертензивных ЛС от психологических характеристик больных с АГ. Сопоставление частоты вызовов СМП с показателями психоэмоционального статуса обследуемых пациентов выявило существенные отличия по частоте вызовов, присущие лицам с низкой подвижностью нервных процессов. Так, 66,7% больных АГ с низким уровнем подвижности нервных процессов торможения осуществляли вызовы весьма часто — 3–4 раза в год, что было значимо ( $p < 0,05$ ) выше соответствующих значений в группах пациентов с умеренной и низкой подвижностью, где значения этого показателя составили лишь 6,4 и 3,6% (рис. 1).

Анализ зависимости регулярности приема ЛС от уровня ситуативной тревожности пациентов показал примерно равные доли пациентов с высокой, умеренной и низкой тревожностью, регулярно принимающих препараты, соответственно 70,0; 83,2 и 79,9%. Доля пациентов, принимающих ЛС при повышении уровня АД, была минимальной среди больных со средним значением этого показателя — 17%, значения показателя в группах с высокой и низкой ситуативной тревожностью были несколько выше — 20,0 и 20,1%, соответственно. Никто из пациентов с высоким и средним уровнем тревожности не сообщил, что совсем не принимает антигипертензивные ЛС, в то время как в группе пациентов с низким уровнем тревожности на долю таких больных приходилось 10%.

Анализ зависимости регулярности приема ЛС больными АГ показал значительные различия, характерные для пациентов с различными уровнями личностной тревожности. Так, только 50% пациентов с низким уровнем личностной тревожности регулярно принимали ЛС, что было значимо ( $p < 0,05$ ) ниже соответствующих значений показателя в группах больных со средним и высоким уровнями — соответственно 79,2 и 85,7% (рис. 2). В то же время среди больных, принимающих ЛС при повышении АД, доля больных с низким уровнем личностной тревожности составила 50%, здесь значение этого показателя, напротив, было значимо ( $p < 0,05$ ) выше, чем в группах пациентов с умеренной и высокой личностной тревожностью.

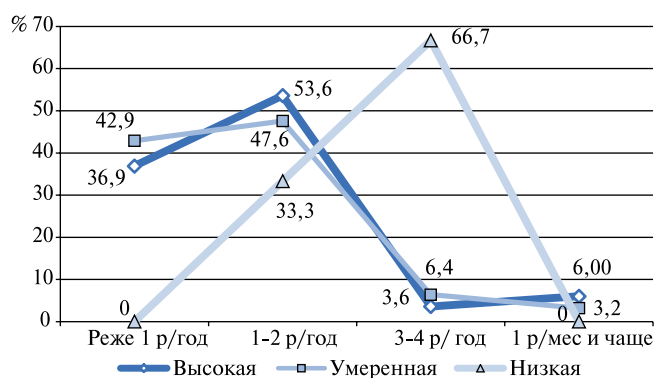


Рис. 1. Частота вызовов СМП в зависимости от степени подвижности нервных процессов у больных артериальной гипертензией.

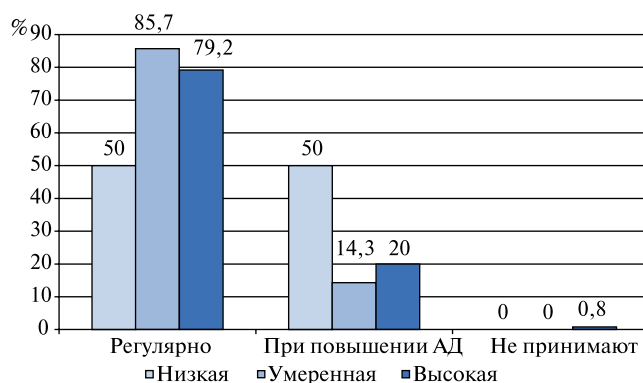


Рис. 2. Регулярность приема антигипертензивных ЛС больными артериальной гипертензией с разными уровнями личностной тревожности.

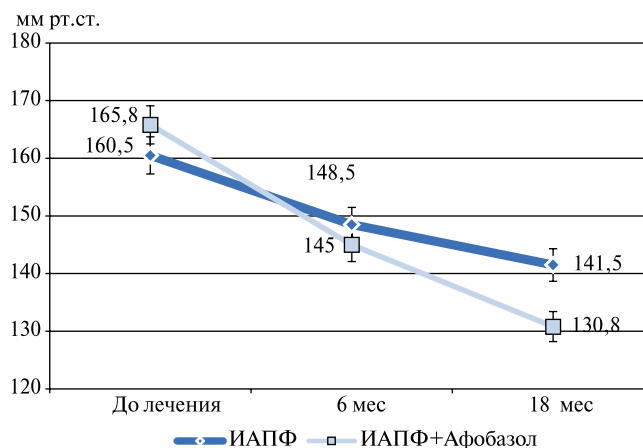


Рис. 3. Динамика уровня САД при лечении иАПФ.

Полученные результаты подтвердили необходимость включения в комплексное лечение больных АГ курсов приема Афобазола. Поэтому на следующем этапе исследования была оценена динамика показателей 2 групп пациентов — с использованием терапии Афобазолом ( $n=264$ ) и без таковой ( $n=36$ ).

Сравнение показателей в этих группах пациентов показало, что до начала лечения уровни систолического АД в группах обследуемых существенно не различались, средние значения составили от 160,5

Таблица 1

## Распределение пациентов по частоте кризов

Частота кризов	Контрольная группа терапия Афобазолом не проводилась (n=36)		Основная группа проводилась терапия Афобазолом (n=264)	
	Абс.	%	Абс.	%
До начала лечения				
Реже 1 раза в год	14	38,9	66	25,0*
1–2 раза в год	6	16,7	94	35,6*
Более 3 раз в год	16	44,4	104	39,4
Через 6 месяцев				
Реже 1 раза в год	26	72,2	246	93,2*
1–2 раза в год	8	22,2	12	4,6*
Более 3 раз в год	2	5,6	6	2,3

Примечание: \* — различия достоверны ( $p < 0,05$ ) при сравнении с соответствующими значениями в контрольной группе по критерию  $\chi^2$ .

до 165,8 мм рт.ст. (рис. 3). После проведенного лечения через 6 месяцев уровни САД значимо ( $p < 0,05$ ) уменьшились в группе пациентов, получавших терапию Афобазолом наряду с препаратами ИАПФ, и у больных группы сравнения — до  $145,0 \pm 4,2$  и  $148,5 \pm 5,1$  мм рт.ст., соответственно. При этом достоверных межгрупповых отличий показателя выявлено не было.

Спустя 1,5 года в группе пациентов, которым проводилась терапия Афобазолом в комплексе лечебных мероприятий, уровень систолического АД уменьшился еще в большей степени — до  $130,8 \pm 3,1$  мм рт.ст., в то время как у пациентов, которым такое лечение не проводилось параллельно с приемом ИАПФ, значения этого показателя также снизилось, но в меньшей степени — до  $141,5 \pm 4,0$  мм рт.ст., что было достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем в группе больных, получавших терапию Афобазолом.

Сравнение долей пациентов, у которых кризы наблюдались редко (реже 1 раза в год) показало, что до лечения доля таких больных среди тех, кому проводили комплексную терапию, составила 25,0%, что было значимо ( $p < 0,05$ ) ниже, чем в группе пациентов, которым не проводилась терапия Афобазолом (38,9%) (табл. 1). Однако, через 6 месяцев доля таких пациентов в основной группе составила 93,2%, в то время как в контрольной группе пациентов с АГ значение этого показателя было достоверно ( $p < 0,05$ ) меньше — 72,2%.

Сравнение значения показателя доли пациентов с частотой кризов 1–2 раза в год показало, что если до лечения значение этого показателя в группе пациентов, которым проводилась терапия Афобазолом, составило 35,6%, то среди больных, которым проводилось только стандартное лечение, их доля была значимо ( $p < 0,05$ ) меньше, составив 16,7%. Через 6 месяцев после проведенного лечения произошло существенное перераспределение показателей: в группе, где терапия Афобазолом не проводилась, значение показателя составило 22,2%, а в другой

группе доля таких пациентов была значимо ( $p < 0,05$ ) ниже — 4,6%.

Оценка долей пациентов, у которых кризы отмечались чаще 3-х раз в год, продемонстрировало наименее выраженные отличия показателей. Так, если до лечения значение этого показателя в группе пациентов, которым проводилась терапия Афобазолом, составило 44,4%, то среди больных, которым проводилось только стандартное лечение, их доля составляла 39,4%. Через 6 месяцев после начала лечения в группе, где терапия Афобазолом не проводилась, значение показателя составило 5,6%, в другой группе доля таких пациентов была несколько ниже — 2,3%, хотя значимо показатели не различались.

Исследование динамики уровня тревожности в тесте Спилберга показало существенное изменение как личностной, так и ситуативной тревожности у обследуемых пациентов с АГ через 6 месяцев после начала лечения. Так, уровень ситуативной тревожности в первый срок наблюдения (до лечения) не различался у обследуемых обеих групп и составлял 48,5–51,2 балла. Через 6 мес его значение достоверно ( $p < 0,05$ ) снизилось до  $41,7 \pm 3,5$  балла в основной группе — лиц, которым проводилась терапия Афобазолом. В то же время у пациентов, которым не проводилась комплексная терапия, уровень ситуативной тревожности составил в этот период  $48,7 \pm 2,9$  балла, то есть был относительно высоким.

Спустя 18 мес в последней группе значение показателя ситуативной тревожности составило  $50,2 \pm 5,5$  балла, а у пациентов, которым была проведена терапия Афобазолом, было достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже соответствующих значений в группе сравнения и до начала лечения, составив  $42,4 \pm 4,8$  балла.

Сопоставление показателей личностной тревожности показало, что через 6 мес после проведенного лечения ее уровни в основной группе и группе сравнения снизились соответственно до  $42,9 \pm 3,8$  и  $48,7 \pm 3,6$  балла,

составляя в первоначальный момент обследования соответственно  $54,2 \pm 2,8$  и  $51,8 \pm 3,1$  балла (рис. 4). При этом у пациентов, получавших комплексное лечение, снижение уровня личностной тревожности было достоверным ( $p < 0,05$ ) относительно значения показателя до лечения.

Спустя 18 мес значение этого показателя в группе больных АГ, которым проводилась терапия Афобазолом, осталось практически на том же уровне, составив  $43,0 \pm 5,2$  балла и было достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже соответствующих уровней до лечения и в группе пациентов, которым не проводилась комплексная терапия ( $56,4 \pm 4,6$  балла).

Полученные результаты свидетельствуют, что у пациентов с АГ, получавших терапию Афобазолом в течение общего курса лечебных мероприятий, происходит снижение проявлений как личностной, так и ситуативной тревожности.

Ретроспективный анализ показал, что частота госпитализаций по поводу заболеваний сердца и сосудов, в первую очередь АГ, у обследуемых пациентов в течение 18 месяцев после проведенного лечения составила в группе сравнения 30,8%, что было значимо ( $p < 0,05$ ) выше, чем в основной группе у больных, которым проводилась терапия Афобазолом, где значение этого показателя составило 10,4% (рис. 5).

Чаще отмечались и госпитализации по поводу другой патологии — у 23,4% пациентов, которым такой вид лечения не проводился, тогда как в основной группе значение этого показателя составило 16,7% ( $p > 0,05$ ). Общая частота госпитализаций у больных с АГ после проведения комплексной терапии была в 2 раза ниже ( $p < 0,05$ ), чем у обследуемых группы сравнения: соответственно 27,1 против 54,2%.

### Обсуждение

Данные, полученные в ходе выполнения настоящего исследования, свидетельствуют о том, что предложенный нами вариант терапии больных с АГ является клинически эффективным, способствует нормализации показателей АД, снижению уровня ситуативной и личностной тревожности, снижает общую частоту госпитализаций и направлений на стационарное лечение, обусловленных коморбидной патологией.

Проведенные исследования показали, что нарушения состояния здоровья обследуемых пациентов во многом обусловлены снижением регуляторных и адаптивных возможностей организма; важнейшую роль в патогенезе этих нарушений играют дисфункции ЦНС, а также вегетативные нарушения, о чем свидетельствует выявленный комплекс психологических сдвигов у этих больных. В этих условиях оценка состояния здоровья на основании интегральных показателей может быть дополнена методами оценки психоэмоционального статуса.

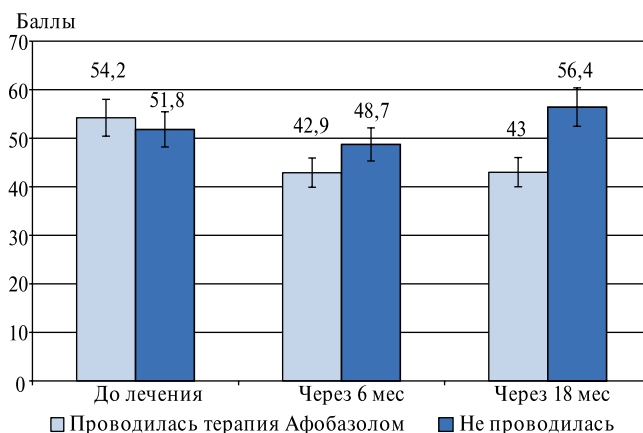


Рис. 4. Динамика уровня личностной тревожности у пациентов с артериальной гипертензией.

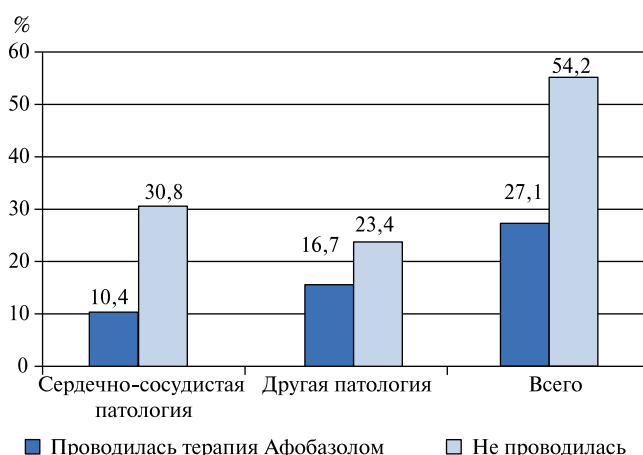


Рис. 5. Частота госпитализаций в течение года после начала лечения.

Показано, что включение в комплекс лечебных мероприятий у данной категории больных курса седативной терапии в отдаленном периоде позволяет добиться стойкой положительной динамики показателей АД, нормализации психологических характеристик, увеличить продолжительность стабилизации состояния до 6–12 месяцев при сокращении в 2 раза повторных обращений за стационарной помощью в течение полутора лет после проведенного лечения. Следует отметить, что впоследствии — через 1,5 года — эти различия нивелируются, что свидетельствует о необходимости регулярного проведения таких курсов лечения. Полученные данные подтверждают эффективность включения терапии Афобазолом в комплекс лечения пациентов с АГ в отношении снижения частоты кризов, что отмечается в течение первых 6 месяцев после начала такого лечения.

В ряде работ показано, что развитие сердечно-сосудистой патологии во многом обусловлено психологическими особенностями личности. Выявлена значительная распространенность психологических нарушений у больных ИБС и АГ при повышенном уровне тревожности, при этом нередко исследова-



тели отмечают сочетание тревоги и субклинической ТДР [1–3, 9, 11]. Так, согласно исследованиям Ю.А. Васюка и Т.В. Довженко (2007), у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ИБС, ГБ, ХСН и др.) отмечается повышенная депрессивность, нервозность, ипохондрические переживания, снижение устойчивости психофизиологических процессов [12]. О наличии астено-невротического компонента с тревожно-депрессивными проявлениями у таких больных также свидетельствуют результаты исследований А.Б. Смулевича и А.Л. Сыркина [3].

Учитывая вышеизложенное, следует признать важнейшую роль в повышении эффективности у данной категории больных выполнения клинических рекомендаций по лечению АГ. При этом необходимо отметить, что в настоящее время имеются сообщения о результатах изучения степени соблюдения КР в реальной клинической практике, поскольку общепризнанным является несоблюдение существующих КР по целому ряду причин [6, 2, 13].

Ряд исследований, проведенных в РФ (АРГУС, ЛИС, ПИФАГОР, РЕЛИФ) и в других странах (АТР, EUROSPIRE, PURE) показали, что КР нередко не соблюдаются, соответственно, далеко не все больные ССЗ получают необходимые ЛС, что способствует увеличению обострений, ухудшению качества жизни, повышению инвалидизации, а в ряде случаев, и смертности [2]. Во многом это объясняется нарушениями психоэмоционального состояния больных, что отрицательно влияет на приверженность пациентов лечению.

Анализируя соотношения ТДР и сосудистой патологии, А.Н. Glassman [14] приводит данные ряда исследований, выполненных на больших выборках соматически здоровых лиц с контролем всех известных сердечно-сосудистых факторов риска. Установлено, что ССЗ чаще развиваются при ТДР, выявленной при инициальной оценке. Кроме того, с развитием АГ и ИБС больные с ТДР характеризуются более высоким риском ССЗ и смертности. ТДР также повышает риск смерти и соматических осложнений после аортокоронарного шунтирования у пациентов с сердечной недостаточностью. Указывается на повышенный риск ишемического инсульта, а после перенесенного инсульта — соматических осложнений и смерти [14].

Результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о наличии взаимосвязи между частотой вызовов скорой медицинской помощи, показателями приверженности к лечению больных АГ (регулярностью приема антигипертензивных ЛС и степенью выполнения врачебных рекоменда-

ций), с одной стороны, и психологическими характеристиками пациентов, с другой. Установлена четкая зависимость между частотой вызовов СМП и показателем личностной тревожности в тесте Спилберга. Показано, что регулярность приема пациентами антигипертензивных ЛС в значительной степени связана с их психологическими характеристиками. Очевидно, что в первую очередь регулярность приема ЛС обусловлена уровнем личностной тревожности для лиц с низким ее уровнем, а также для пациентов с низкой уравновешенностью нервных процессов регулярный прием этих препаратов является менее характерным.

Установлено также, что степень выполнения врачебных рекомендаций пациентами с АГ также в определенной мере зависит от их психологических характеристик. При этом тщательность выполнения этих рекомендации и назначений закономерно ниже у больных с низким уровнем личностной тревожности, приверженность выполнению врачебных рекомендаций выше у пациентов с низким уровнем подвижности нервных процессов.

Существует мнение, что психоэмоциональные нарушения, в первую очередь, ТДР следует рассматривать как фактор риска ИБС. При этом имеют значение нарушение такими больными режима терапии и реабилитации, а также комплекс таких функциональных и метаболических расстройств, как повышение вариабельности сердечного ритма, повышение уровня циркулирующих катехоламинов, которые могут быть триггером злокачественной аритмии, нарушение функции тромбоцитов с повышением активности протромбинового комплекса. Эти и другие данные свидетельствуют о том, что психоэмоциональные нарушения могут выступать в качестве самостоятельного фактора риска развития АГ и маркером ее неблагоприятного прогноза. У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и ТДР различной степени тяжести значительно ухудшаются показатели долговременной выживаемости [6, 11].

### Заключение

Таким образом, полученные нами в ходе выполнения настоящего исследования данные согласуются с результатами других авторов и подтверждают необходимость учета всего спектра поведенческих (личностных) факторов больных при назначении комплексного лечения АГ. Продемонстрировано, что такой подход позволяет увеличить приверженность пациентов к лечению и повысить эффективность проводимой терапии.

## Литература

1. Akarachkova ES, Vershinina SV. Vegetative dystonia syndrome or depression? Depressive disorders in somatic practice. Russian Medical Journal 2010, 26 (18):24–6. Russian (Акарачкова Е. С., Вершинина С. В. Синдром вегетативной дистонии или депрессия? Депрессивные расстройства в общесоматической практике. Русский медицинский журнал 2010, 26 (18):24–6).
2. Kobalava ZhD, Kotovskaja JuV. Hypertension: the keys to diagnosis and treatment. Moscow: Izdatel'stvo Fortje Art, 2007. Russian (Кобалава Ж. Д., Котовская Ю. В. Артериальная гипертония: ключи к диагностике и лечению. Москва: Издательство Форте Арт, 2007).
3. Smulevich AB, Syrkin AL. Psychocardiology. M. Publisher: Medical Information Agency; 2005. Russian (Смулевич А. Б., Сыркин А. Л. Психокardiология. М.: Издательство: Медицинское информационное агентство; 2005).
4. Berezina TN. Relationship base odors and basic emotions. Questions of psychology. 2012, 4: 106–16 Russian (Березина Т. Н. Взаимосвязь базовых запахов и базовых эмоций Вопросы психологии. 2012, 4: 106–16).
5. Berezina TN. Probabilistic model of longevity. Psychology and Psychotechnique. 2013, 4: 390–400. Russian (Березина Т. Н. Вероятностная модель продолжительности жизни. Психология и психотехника. 2013, 4: 390–400).
6. Boytsov SA, Urinovskij AM, Kuznetsov RL, et al. Structure of the risk factors of target organ damage and metabolic changes in hypertensive patients in different age groups. Kardiologija. 2009, 4: 19–24. Russian (Бойцов С. А., Уриновский А. М., Кузнецов Р. Л. и др. Структура факторов риска, поражений органов-мишеней и метаболических изменений у больных артериальной гипертензией в различных возрастных группах. Кардиология. 2009, 4: 19–24).
7. Glezer MG. Combination therapy with modern treatment strategy in patients with arterial hypertension. Russian Medical Journal. 2008, 16 (11): 1579–86. Russian (Глезер М. Г. Комбинированная терапия современная стратегия лечения пациентов с артериальной гипертензией. Русский медицинский журнал. 2008, 16 (11): 1579–86).
8. Vorob'eva OV. Clinical features of depression in general practice (according to the program COMPAS). Consilium Medicum. 2004, 6: 84–7. Russian (Воробьева О. В. Клинические особенности депрессии в общей врачебной практике (по результатам программы КОМПАС). Consilium Medicum. 2004, 6: 84–7).
9. Romasenko LV. Depression and cardiovascular disease. Neurology, neuropsychiatry, psychosomatika. 2009, 3–4: 8–11. Russian (Ромасенко Л. В. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009, 3–4: 8–11).
10. Ruo B, Rumsfeld JS, Hlatky MA, et al. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. JAMA. 2003, 290: 215–21.
11. Pickering TG, Davidson K, Shimbo D. Is depression a risk factor for coronary heart disease? J. Am. Coll. Cardiol. 2004, 44 (2): 472–3.
12. Vasjuk JuA, Dovzhenko TV. Features pathogenetic relationship of depression and cardiovascular disease. Psychiatric disorders in general medicine. 2007, 2 (1): 1–11. Russian (Васюк Ю. А., Довженко Т. В. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний. Психические расстройства в общей медицине. 2007, 2 (1): 1–11).
13. Shal'nova SA, Balanova JuA, Konstantinov VV, et al. Hypertension prevalence, awareness, antihypertensive drugs and treatment efficacy among the population of the Russian Federation. Russian Journal of Cardiology. 2006, 4: 45–50 Russian (С. А. Шальнова, Ю. А. Баланова, В. В. Константинов и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации. Российский кардиологический журнал. 2006, 4: 45–50).
14. Glassman AH. Depression and cardiovascular comorbidity. Dialogues Clin. Neumsci. 2007, 9: 9–17.