

Результаты и обсуждение

По результатам проведенного исследования были получены следующие данные.

Через 2 недели приема 7-ми пациентам с АГ 3 ст. была увеличена доза до 20 мг + 12,5 мг, так как не удавалось достичь целевого АД, остальные остались на прежней дозе препарата. Целевой уровень АД у этих пациентов был достигнут к 4-й неделе приема препарата. Пациенты с АГ 2 ст., которые принимали Лизоретик 10 мг + 12,5 мг достигли «целевого» АД ко 2-й неделе.

Динамика систолического артериального давления (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) у больных АГ на фоне приема Лизоретика представлена в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 — Больные АГ 2 степени

Показатели АД	Исходный уровень	Через 2 недели	Через 4 недели	Через 8 недель	P
САД мм рт. ст.	154,5 ± 3,5	131,0 ± 2,1	127,0 ± 1,6	124,0 ± 1,2	p < 0,0001
ДАД мм рт. ст.	95,0 ± 2,5	79,3 ± 0,8	75,6 ± 1,7	75,5 ± 0,9	p < 0,0001

Таблица 2 — Больные АГ 3 степени

Показатели АД	Исходный уровень	Через 2 недели	Через 4 недели	Через 8 недель	P
САД мм рт. ст.	181,5 ± 2,5	156,0 ± 7,1	137,0 ± 3,6	130,5 ± 1,7	p < 0,0001
ДАД мм рт. ст.	105,0 ± 1,6	95,3 ± 1,8	82,6 ± 2,7	76,5 ± 1,9	p < 0,0001

Все пациенты отмечали хорошую переносимость Лизоретика, побочные эффекты отмечены не были. А также пациенты были довольны тем, что препарат нужно было принимать однократно утром.

Выводы:

- 1) у больных АГ 2 ст. удалось достичь целевого артериального давления через 2 недели приема препарата по показателям как систолического, так и диастолического АД;
- 2) у больных АГ 3 ст. целевого АД удалось достичь через 4 недели приема препарата;
- 3) быстрый подбор эффективного лечения приводит к лучшей приверженности пациента к проводимой терапии;
- 4) целевые цифры АД сохранились у пациентов 2-х групп в течение 8 недель приема препарата;
- 5) все пациенты хорошо переносили препарат, побочных эффектов отмечено не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демографическая безопасность в Республике Беларусь: место и роль амбулаторно-поликлинической помощи / В. П. Подпалов [и др.]. // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. — Минск, 2008. — С. 134–138.
2. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр) / Всероссийское научное общество кардиологов. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины. // Научно-практический рецензируемый медицинский журнал. — М., 2008. — № 6. — С. 2–31.
3. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. // J. Hypertension. — 2007. — № 2. — С. 1105–87.

УДК 616.89-008.454:616.12-008.331.1-08:616.1

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И УРОВЕНЬ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Цырульникова А. Н., Мистюкевич И. И., Малаева Е. Г.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Артериальная гипертензия (АГ) остается одной из наиболее значимых медико-социальных проблем, несмотря на все усилия ученых, врачей и органов управления

здравоохранением. Это обусловлено, с одной стороны, широким распространением заболевания. Так, около 30–40 % взрослого населения в экономически развитых странах имеет повышенный уровень артериального давления (АД), а у лиц старше 50 лет повышение АД выявляется более чем у 50 % [4]. В Республике Беларусь в 2008 г. лечебно-профилактическими учреждениями зарегистрировано более 1 млн больных АГ [1].

С другой стороны, АГ — важнейший фактор риска сердечно-сосудистых осложнений — инфаркта миокарда, мозгового инсульта, которые определяют высокую смертность от этих заболеваний. Смертность от сердечно-сосудистых осложнений занимает 1-е место в мире среди общей смертности населения. В Республике Беларусь каждый 3-й житель трудоспособного возраста умирает от сердечно-сосудистых осложнений, они же занимают 1-е место и в структуре первичной инвалидности взрослого населения [1]. Одним из факторов развития АГ являются нарушения центрального генеза, проявляющиеся нервно-психическими расстройствами, которые во многом определяют ее клиническую картину. В связи с этим особое внимание уделяется изучению психического статуса больного АГ и уровня депрессии как важного фактора, определяющего развитие и прогноз заболевания. Причины развития депрессии у пациентов с АГ многообразны. Существенное место отводится психосоциальным факторам: отсутствие или недостаточная социальная поддержка, нарушение адаптации к хроническому инвалидизирующему заболеванию, к необходимости придерживаться рекомендованных изменений стиля жизни [2]. По социально-экономическим последствиям депрессия намного опережает остальные психические расстройства и, согласно данным Всемирного банка (1993), занимает, в настоящее время, 4-е место среди всех заболеваний человека как причина смерти и инвалидности. В 2020–2030 гг. депрессия по этим показателям выйдет на 2-е место, уступая только ИБС и значительно опережая дорожно-транспортные происшествия, военные потери, СПИД и онкологические заболевания. Исследование, проведенное в 35 городах России (10 500 пациентов), показало, что распространенность депрессивных расстройств в разных районах составляет от 35 до 56 %. В половине случаев выявили тяжелую или умеренную депрессию. Женщины страдали этим заболеванием в 1,5 раза чаще, чем мужчины, четко определялась зависимость от возраста (частота депрессивных состояний возрастает в 1,2 раза каждые 10 лет). Отмечена прямая зависимость депрессивных расстройств от частоты посещений поликлиники или госпитализаций в течение года. У больных с хроническими заболеваниями депрессия проявляется чаще и в более тяжелой форме [3].

Цель

Изучение уровня депрессии и личностных особенностей пациентов, страдающих АГ, осложненной хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы исследования

Обследовано 63 больных АГ 1, 2 и 3-й степени в возрасте от 26 до 62 лет с проявлениями хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I–IV функциональных классов (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA). У 8 пациентов была АГ 1 ст., у 20 — АГ 2 ст., у 35 — артериальная гипертензия 3 ст., по половому признаку: 40 женщин и 23 мужчины. I ФК ХСН был у 29 пациентов, средний возраст составил $35,8 \pm 0,9$ года, II ФК — 28 пациентов, средний возраст $47,1 \pm 1,1$ года, III ФК — 9 пациентов, средний возраст $55,9 \pm 1,4$ года, IV ФК — 7 пациентов, средний возраст $62,5 \pm 1,3$ года.

Для решения поставленной цели всем больным было предложено ответить на 21 группу утверждений шкалы депрессии Бека. Каждая группа содержала 4 утверждения (0, 1, 2, 3). Прочтя внимательно, нужно было отметить утверждение наилучшим образом отражающее самочувствие пациента в течение последнего времени, включая сегодняшний день. Если подходящими были несколько утверждений в одной группе, нужно было отметить каждое из них. Каждое утверждение оценивалось в один балл. Оценка результатов проводилась следующим образом: 0–9 — отсутствие депрессивных симптомов; 10–15 — легкая депрессия

(субдепрессия); 16–19 — умеренная депрессия, 20–29 — выраженная депрессия (средней тяжести); 30 и более — тяжелая депрессия. Пункты 1–13 — когнитивно-аффективная субшкала, пункты 14–21 — субшкала соматических проявлений депрессии.

Оценка личностных особенностей проводилась с применением шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина.

Результаты и обсуждение

По результатам проведенного исследования были получены следующие данные. Отсутствие депрессивных симптомов было отмечено у 23 (36,5 %) пациентов, депрессия различной степени была выявлена у 40 (63,5 %) пациентов. Легкая депрессия наблюдалась у 29 (46 %) человек, умеренная — у 23 (36,5 %), выраженная — у 9 (14,3 %) и тяжелая — у 2 (3,2 %) человек.

Распределение уровня депрессии в зависимости от степени АГ представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение уровня депрессии в зависимости от степени артериальной гипертензии

Уровень депрессии	1-я степень	2-я степень	3-я степень
Отсутствует	7 (54 %)	10 (43,4 %)	6 (22 %)
Легкая	4 (31 %)	8 (35 %)	9 (33 %)
Умеренная	2 (15 %)	4 (17,43 %)	8 (29,6 %)
Выраженная	Нет	1 (4,2 %)	3 (11 %)
тяжелая	Нет	Нет	1 (4,4 %)
Всего:	13 человек	23 человека	27 человек

Средний балл депрессии по шкале Бека у больных АГ 1 ст. составил $7,8 \pm 0,6$; АГ 2 ст. — $12,3 \pm 1,1$; АГ 3 ст. — $18,2 \pm 1,2$.

В структуре депрессивных состояний при 1-й и 2-й ст. АГ преобладали пункты 1–13, при 3-й ст. — пункты 14–21.

По половому признаку распределение было следующим: из 43 женщин депрессия отсутствовала у 15, из 20 мужчин — у 8.

В зависимости от степени риска депрессией чаще страдали пациенты с высоким и очень высоким риском.

Распределение уровня депрессии в зависимости от ФК сердечной недостаточности представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение уровня депрессии в зависимости от ФК сердечной недостаточности

Уровень депрессии	I ФК ХСН	II ФК ХСН	III ФК ХСН	IV ФК ХСН
Отсутствует	12 (41 %)	8 (29 %)	3 (33 %)	Нет
Легкая	10 (34,5 %)	12 (43 %)	3 (33 %)	1 (14 %)
Умеренная	7 (24,5 %)	7 (25 %)	2 (22 %)	3 (43 %)
Выраженная	Нет	1 (3 %)	1 (12 %)	2 (14 %)
тяжелая	Нет	Нет	Нет	1 (29 %)
Всего:	29 человек	28 человек	9 человек	7 человек

Анализ психологического статуса показал, что уровень реактивной тревожности у всех пациентов не превысил 45 баллов, то есть остался умеренным, не было выявлено зависимости реактивной тревожности от степени АГ. Высокий уровень личностной тревожности был отмечен у пациентов с АГ 2-й и 3-й степени. По половому признаку уровень личностной тревожности был выше у пациентов женского пола, чем у мужского. Также свой вклад в высокий уровень личностной тревожности внесла и ХСН, у пациентов с ХСН III и IV ФК уровень тревожности был выше.

Выводы

- 1) у 63,5 % больных АГ выявлены депрессивные расстройства;
- 2) в структуре депрессивных нарушений у пациентов с АГ 1-й и 2-й степени преобладали когнитивно-афферентные нарушения, у пациентов с АГ 3-й степени — соматические проявления депрессии;
- 3) отношение женщин, имеющих депрессивные расстройства к мужчинам, имеющим депрессивные расстройства составило 2 к 1 (15 женщин и 8 мужчин), т. е. женщины чаще подвержены депрессии, чем мужчины;
- 4) чем тяжелее соматическое заболевание, тем выше уровень депрессии и личностной тревожности;
- 5) уровень реактивной тревожности у всех пациентов остался умеренным, не было выявлено зависимости от степени АГ и ФКХСН

ЛИТЕРАТУРА

1. Демографическая безопасность в Республике Беларусь: место и роль амбулаторно-поликлинической помощи / В. П. Подпалов [и др.] // Лекции для практикующих врачей. Актуальные вопросы амбулаторной практики. — Минск, 2008. — С. 134–138.
2. Багрий, А. Э. Депрессия при ХСН. Подходы к лечению / А. Э. Багрий // Киев, 2008. — 371 с.
3. Топчий, Н. В. Депрессивные расстройства в практике поликлинического врача / Н. В. Топчий // Фарматека. — 2005. — № 10. — С. 2–7.
4. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension. // J. Hypertension. — 2007. — № 25. — P. 1105–87.

УДК 613.161/.162:54.064:614.2(476.2)

ОЦЕНКА РИСКА ВЛИЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЙ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ Г. ГОМЕЛЯ

Чайковская М. А., Бортновский В. Н., Дубинин С. Е., Зинович В. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение здравоохранения

**«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии
и общественного здоровья»**

Учреждение здравоохранения

«Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии»

Введение

Чистый воздух является главным из необходимых условий здоровья и благополучия человека. Загрязненный воздух по-прежнему является значительной угрозой для здоровья людей во всем мире, несмотря на внедрение более чистых технологий в промышленности, энергетике и на транспорте. Интенсивное загрязнение характерно для крупных городов. Уровень большинства загрязняющих агентов, а их в городе насчитывается сотни, как правило, превышает предельно допустимый, а их совместное действие оказывается еще более значительным. Загрязнители атмосферного воздуха могут вызывать целый ряд выраженных эффектов: раздражающее действие, неприятный запах, острые или хронические токсические эффекты [1,4].

В современном обществе оценка риска факторов окружающей среды вносит большой вклад в общественное здоровье путем установления и оценивания потенциального влияния факторов, которые могут оказывать вредное воздействие на здоровье человека.

Цель

Оценить влияние загрязняющих веществ атмосферного воздуха на здоровье населения г. Гомеля.

Методы

Для изучения влияния загрязняющих веществ атмосферного воздуха на здоровье населения использовали оценку риска [2]. Расчеты проводились на основе данных са-