

### **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-