



При поступлении в реабилитационный центр у пациентов отмечено снижение уровня альфа-ритма и увеличение бета-активности, что характерно для функциональных расстройств ЦНС и свидетельствует о повышенном уровне возбудимости и лабильности головного мозга.

В ходе реабилитации у больных ОГ зарегистрировано увеличение доли периодов альфа-ритма с $32,4 \pm 3,2$ до $54,2 \pm 4,1\%$ ($p < 0,001$) и снижение доли периодов бета-ритма с $55,3 \pm 6,2$ до $28,5 \pm 4,5\%$ ($p < 0,001$). Показатель межполушарной асимметрии уменьшился с $0,196 \pm 0,03$ до $0,105 \pm 0,02$ ед. ($p < 0,05$). В КГ отмечена тенденция к увеличению альфа-ритма с $33,7 \pm 3,3$ до $41,7 \pm 3,5\%$ ($p > 0,05$) и снижению бета-ритма с $54,4 \pm 6,6$ до $43,8 \pm 5,7\%$ ($p > 0,05$).

Другим показателем, свидетельствующим об улучшении функционального состояния ЦНС, явилось сокращение латентного времени простой зрительно-моторной реакции у больных ОГ с 255 ± 17 до 189 ± 16 мс ($p < 0,01$), КГ — с 260 ± 19 до 220 ± 22 мс ($p > 0,05$).

Таким образом, у пациентов с гипертонической болезнью, наряду с нарушением ряда гемодинамических показателей определяются психоэмоциональное напряжение, повышенная тревожность, астеноневротические расстройства, нарушение ритмичности и значительная асинхрония биоэлектриче-

ской активности корковых нейронов. Наблюдаемые спектральные перестройки биоэлектрической активности головного мозга сопровождаются улучшением звукового образа ЭЭГ. По-видимому, звуковой образ в процедуре биоакустической психокоррекции является внешним критерием функционального состояния ЦНС, и его улучшение свидетельствует об «упорядоченности» электрической активности центральной нервной системы.

Динамику параметров биоэлектрической активности головного мозга и психологического тестирования в результате реабилитации больных гипертонической болезнью можно характеризовать как нормализацию психофизиологического состояния. Правоммерно предположить, что оптимизация функционального состояния ЦНС методом биоакустической психокоррекции обуславливает снижение активности симпатической нервной системы и, как следствие, нормализацию отдельных гемодинамических показателей.

Применение биоакустической психокоррекции в комплексной медицинской реабилитации больных гипертонической болезнью приводит к оптимизации функционального состояния ЦНС, снижению реактивной и личностной тревожности, улучшению самочувствия, настроения и увеличению активности.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 616.831-005-07-08

Б.Г.Афанасьев, О.Ш.Ойроткинова, Г.М.Торопова, С.Н.Карпова — Современные методы диагностики и лечения больных цереброваскулярными заболеваниями.

В современных международных и отечественных руководствах по *артериальной гипертензии* (АГ) подчеркивается важность достижения целевого *артериального давления* (АД) для улучшения качества жизни пациентов, особенно в группах высокого риска. Проблема заключается в достижении целевого АД у больных с *цереброваскулярными заболеваниями* (ЦВЗ). АГ остается ведущим сердечно-сосудистым фактором риска ее клинических осложнений, уровень АД выше нормальных значений является одной из причин заболеваемости ЦВЗ и высокой смертности. Проблема инсульта — клинического синдрома повреждения головного мозга, связанного с острым нарушением его кровообращения, приобрела определенную актуальность в последнее время. Ежегодно в мире регистрируется более 30 млн случаев *острого нарушения мозгового кровообращения* (ОНМК).

По данным современных международных исследований, в структуре сердечно-сосуди-

стой патологии инсульта стали преобладать над инфарктами миокарда по частоте примерно на 30% («инсультный парадокс»). Смертность от инсульта в нашей стране одна из самых высоких в мире — 175 на 100 тыс. населения. Заболеваемость инсультом растет на 0,5–1% в год.

В связи с указанными проблемами суточное мониторирование АД приобретает большое клиническое значение у больных с ЦВЗ.

Нами изучены особенности суточного профиля АД у пациентов с ЦВЗ для снижения риска клинических осложнений и подбора адекватной терапии в неврологическом центре и центре функционально-диагностических исследований 3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого с использованием мониторов для измерения АД и ЧСС «BPLab МНСДП-2» (Россия) по общепринятой методике со стандартной коррекцией интервалов день/ночь (через 15–30/30–60 мин). ЭКГ регистриро-



вали электрокардиографом «MAG-1200 ST Hellige» (Германия).

Высокотехнологичными дополнительными методами у данной категории пациентов высокого риска были КТ, МРТ, УЗИ МАГ и нижних конечностей, ЭхоКГ, а также лабораторные. Радионуклидные методы диагностики применяли редко.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью пакета программ Statistica, v.6.0, Microsoft Excel (для оценки достоверности различий между выборками использовали параметрический критерий *t* Стьюдента, результаты считали достоверными при уровне значимости $p \leq 0,05$).

Обследован методом *суточного мониторирования АД* (СМАД) и ЭКГ 1021 пациент, поступивший в 2005–2009 гг. на обследование и лечение в неврологический центр госпиталя, мужчин – 651 (63,8%), женщин – 370 (36,2%). Возраст больных колебался от 24 до 93 лет, средний возраст составил $58,5 \pm 1,5$ года. У 183 пациентов диагностированы ЦВЗ: 137 (74,8%) мужчин, 46 (25,2%) женщин. Из них 122 (66,7%) перенесли ОНМК – инсульт, 61 (33,3%) – *преходящее нарушение мозгового кровообращения* (ПНМК), транзиторную ишемическую атаку мозга.

Из больных с ЦВЗ, обследованных методом СМАД, выделены следующие группы: с инфарктом мозга – 75 (40,9%) пациентов; с субарахноидальным кровоизлиянием – 21 (11,5%); с цереброваскулярным инсультом – 26 (14,2%); с другими цереброваскулярными болезнями и их последствиями (ТИА) – 61 (33,3%). Анализ были подвергнуты данные:

- больных, получавших гипотензивную (антигипертензивную) терапию;
- пациентов, у которых мониторирование АД предшествовал определенный период без применения гипотензивных средств.

Критериями исключения являлись больные с тахисистолической формой мерцания предсердий, частой желудочковой экстрасистолией, болезнью и синдромом Паркинсона, с психическими заболеваниями. Пациенты, имеющие заболевания печени в активной стадии, или повышение активности *аланинаминотрансферазы* (АлАТ) более чем в 2 раза, онкозаболевания желудочно-кишечного тракта, острые состояния (инфекции, обострения хронических заболеваний, травмы, операции), злоупотребления алкоголем, гиперчувствительность к статинам в анамнезе, беременность и лактацию, порфирию, одновременное применение фибратов, циклоспоринов, гормональных средств, из исследования исключались.

Лечение статинами проводили по показаниям на фоне базовой терапии.

Для больных с высоким риском *сердечно-сосудистых осложнений* (ССО) за целевой уровень общего холестерина принимали 3,3–5,0 ммоль/л, ЛВП <2,2 ммоль/л, ЛНП <2,5 – 2,0–0,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л. При таком уровне холестерина ЛНП возможно замедление роста атеросклеротической бляшки, в некоторых случаях ее регресс. Для больных ИБС, атеросклерозом, сахарным диабетом принимали уровень холестерина 4,5–5,0 ммоль/л.

На основании данных суточного мониторирования АД и ЧСС по степени снижения АД по показателю *суточного индекса* (СИ) преобладали в основном пациенты с АГ 2–3 степени, оценивался весь спектр показателей, характеризующих суточный ритм АД и ЧСС. Интервалы между измерениями составляли в активный период 15–30 мин, в пассивный период – 30–60 мин. В качестве целевого принимали уровень АД 140/90 мм рт. ст. (в дневное время), 120/70 мм рт. ст. (в ночное время). У больных с сопутствующим заболеванием (сахарный диабет) за целевое АД принимали уровень дневного АД 130/80 мм рт. ст., ночного АД – 120/70 мм рт. ст. По полученным результатам СМАД более точно, чем по клинически определяемому АД, можно прогнозировать течение АГ.

Высокий риск развития осложнений АГ, в частности, ОНМК, по нашим данным, регистрировался у больных с более высоким средним АД. С резко выраженным утренним подъемом АД, с повышенным СИ, у пациентов с ночной гипертензией, с высокой вариабельностью САД и ДАД, что подтверждает данные других рандомизированных исследований с использованием СМАД.

У больных пожилого возраста регистрировали более высокую частоту нарушений суточного циркадианного ритма АД, по нашим данным, – 60,6%, по данным зарубежных и российских авторов, – 65–85%. При этом пациенты с недостаточным снижением АД составили *non-dippers* 63 (34,4%), *night-peakers* – 31 (16,9%), *over-dippers* – 17 (9,5%).

Нормальное снижение АД зарегистрировано у 72 пациентов (40,1%).

По результатам СМАД, улучшение показателей суточного профиля АД считали достаточным для выбранной схемы лекарственной терапии данного больного (с учетом показаний и противопоказаний).

Эффективность медикаментов определяли методом СМАД в комбинации с лабораторными методами исследования (снижение уровня холестерина и др. показатели). В настоящее время предпочтение отдается комбинированной гипотензивной терапии,



т. к. с помощью одного лекарственного средства у большинства пациентов достижение целевого уровня АД и стабильной компенсации добиться не удастся. Необходимо два и более гипотензивных лекарственных средства из разных фармакологических классов.

Проанализированы истории болезни пациентов, получавших ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), — эналаприл, каптоприл, лизиноприл (даприл), берлиприл, нолипрел и др.; блокаторы рецепторов АПФ II (лозартан, валсартан и др.); кардиоселективные β -блокаторы (беталок-зок, небилет, бисогамма); диуретики, статины и другие медикаменты по сравнению с монотерапией. Хороший эффект получен от применения комбинированных медикаментов: нолипрел (форте), кодиован, тарка, фозид-20, тенорик и др. с учетом показаний и противопоказаний, сопутствующих заболеваний. Подтверждена клиническая эффективность их использования при высокой комплаентности пациентов.

В Ы В О Д Ы

1. Нормальное снижение АД (dippers) из пациентов с ЦВЗ зарегистрировано у 72 (40,1%), из них 45 (62,5%) с ОНМК, 27 (37,5%) с ПНМК (ТИА).

2. Нарушения суточного циркадианного ритма АД составили 60,6% (111 больных); в структуре обследованных с ЦВЗ с нару-

шениями суточного циркадианного ритма АД преобладали больные, страдавшие АГ 2–3 степени: с недостаточным снижением АД (non-dippers) — 63 (34,4%); с ночной гипертонией (night-peakers) — 31 (16,9%); с чрезмерным снижением АД (over-dippers) — 17 (9,5%).

3. Отмечены значительное преобладание пациентов мужского пола, ишемических инсультов над геморрагическими, наследственная предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям, более частое сочетание с ишемической болезнью сердца, атеросклерозом магистральных артерий головы.

4. Уменьшение сердечно-сосудистых осложнений и смертности зависит от уровня снижения АД, тактики ведения больного, выбора рационального стандарта гипотензивной терапии, качества используемой медицинской аппаратуры для измерения АД.

5. Риск клинических осложнений АГ прямо пропорционален степени повышения систолического АД.

6. Подтверждена клиническая эффективность применяемых медикаментов — комбинированная лекарственная терапия по сравнению с монотерапией. У больных инсультом или транзиторной ишемической атакой мозга комбинированная антигипертензивная, липидоснижающая и статинотерапия значительно уменьшает частоту повторного инсульта и высокий риск сердечно-сосудистых осложнений.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК 616-002.77-06:616.895.4

Р.А.Грехов, Г.П.Сулейманова, С.А.Харченко, А.Ю.Папков, О.А.Рудыкина, Е.А.Бондаренко, Н.В.Никифорова, Л.Н.Шилова, И.А.Зборовская — Психосоматические основы тревожно-депрессивных нарушений у больных ревматическими заболеваниями.

Нами проведено экспериментально-психологическое исследование, целью которого явилось изучение невротических нарушений, уровня субъективного контроля и особенностей их взаимосвязей у больных некоторыми ревматическими заболеваниями (РЗ).

Обследованы 87 больных *системной красной волчанкой* (СКВ), 100 пациентов с *синдромом первичной фибромиалгии* (СПФ), 54 больных *системной склеродермией* (ССД), 62 пациента с *идиопатическим анкилозирующим спондилоартритом* (ИАС) и 56 больных *остеоартрозом* (ОА).

В ходе исследования применялись:

— «методика формализованной оценки невротических проявлений» (Дмитриева Л.Л., 1995) с использованием шкал депрессии и тревоги. Уровень данных шкал

ранжируется согласно 10-балльной системе: отсутствие невротических нарушений соответствует диапазону от 1 до 3 баллов (объективные клинические данные отсутствуют); субклинический уровень — от 3 до 6 баллов (объективные клинические данные отсутствуют, невротические тенденции выявляются при специальном клинико-психологическом обследовании), клинический уровень невротических расстройств — от 6 до 10 баллов (присутствуют объективные клинические симптомы заболевания);

— стандартизированная психодиагностическая методика Дж.Роттера, адаптированная в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева: «Опросник уровня субъективного контроля» (Ба-