



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-зек, небилет, бисогамма); диуретики, статины и другие медикаменты по сравнению с монотерапией. Хороший эффект получен от применения комбинированных медикаментов: нолипрел (форте), кодиван, 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-



Распределение больных ревматическими заболеваниями по полу, возрасту и длительности течения патологии

Нозология	Пол		Средний возраст пациентов, $\bar{x} \pm m_{\bar{x}}$	Средняя длительность заболевания, $\bar{x} \pm m_{\bar{x}}$
	мужчины	женщины		
СКВ ($n=87$)	15	72	35,33 \pm 1,77	3,01 \pm 0,36
ССД ($n=54$)	4	50	45,59 \pm 1,65	4,42 \pm 0,44
СПФ ($n=100$)	–	100	43,85 \pm 0,70	7,23 \pm 0,47
ИАС ($n=62$)	4	58	37,50 \pm 1,48	9,14 \pm 0,96
ОА ($n=56$)	38	18	54,60 \pm 1,49	7,02 \pm 1,96

жин Е.Ф. и др., 1993). Опросник позволяет изучить уровень контроля в таких сферах реагирования, как *интернальность общая* (Ио), *интернальность в области достижений* (Ид), *интернальность в области неудач* (Ин), *интернальность в семейных отношениях* (Ис), *интернальность в производственных отношениях* (Ип), *интернальность в области межличностных отношений* (Им), *интернальность в отношении здоровья и болезни* (Из). Средняя величина по нормативной выборке по шкалам соответствует 5,5 стана и приравнивается к норме. Отклонение вверх по шкалам свидетельствует об интернальном типе контроля, а отклонение вниз – об экстернальном.

Если человек принимает ответственность за события, происходящие в его жизни, большей частью на себя, объясняя их своим поведением, характером, способностями, это показывает наличие у него внутреннего (интернального) контроля. Если же он склонен приписывать ответственность за все окружающим факторам, находя причины в других людях, в окружающей среде, в судьбе или случае, это свидетельствует о наличии у него внешнего (экстернального) контроля.

Распределение по полу, возрасту и длительности течения заболевания у больных с РЗ представлено в таблице.

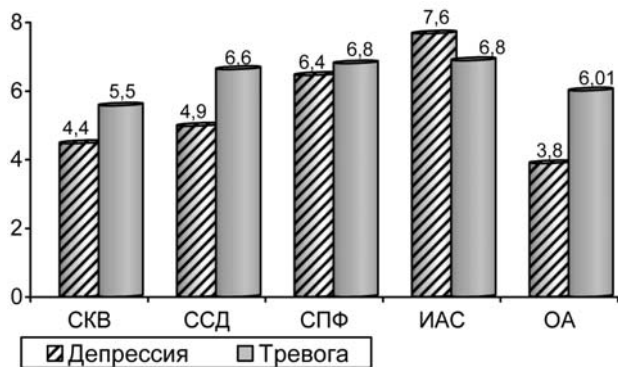
Согласно полученным данным, клинически значимый уровень депрессии имел место у больных ИАС (7,67 \pm 0,20) и СПФ (6,46 \pm 0,15). Для других групп больных РЗ усредненные значения показателей депрессии располагались в субклиническом диапазоне (3–6 баллов). Средние значения тревоги у больных ССД, СПФ, ИАС, ОА располагались в клиническом диапазоне и оценивались как высокие (см. рисунок).

При рассмотрении взаимосвязей невротических черт и длительности течения РЗ было установлено, что уровень депрессии прямо коррелировал с длительностью течения СКВ, ССД, СПФ и ИАС, а уровень тревоги – с длительностью течения СКВ и ОА.

Таким образом, выявленный у больных РЗ высокий средний уровень тревожности свидетельствует о субъективно значимых переживаемых эмоциях напряжения. Эмоциональные переживания при длительном течении РЗ больше соответствуют депрессивным расстройствам.

Тяжесть ревматических заболеваний, трудности лечения и сдерживания патологического процесса, присутствие невротической симптоматики обуславливают целесообразность изучения такой психологической характеристики личности, как *уровень субъективного контроля* (УСК). Это мера независимости, самостоятельности и активности человека в преодолении жизненных трудностей и достижении поставленных целей, развития чувства личной ответственности за происходящие с ним события.

Согласно полученным результатам, у больных РЗ были выявлены общие тенден-



Показатели средних значений депрессии и тревоги у больных РЗ



ции значительного снижения УСК в сектор экстернальности по шкалам общей интернальности, интернальности в области неудач, производственных отношений и, что представляется особо важным, здоровья. Наивысшие значения УСК зарегистрированы по шкалам семейных и межличностных отношений. Полученные значения соответствовали норме или были приближены к ней, в среднем располагаясь выше 4,5 стена. Исключение составили больные СПФ, у которых ни один из полученных показателей не приближался к границам нормы и не превышал 4,5 стена.

Так, тенденция повышения интернальности по шкалам семейных и межличностных отношений на фоне снижения интернальности в других сферах личностного реагирования больных РЗ может свидетельствовать о высоком уровне мотивации, целенаправленной активности и ориентации на позитивные достижения, возможно компенсационного характера, в этих нишах средового взаимодействия при параллельных неблагоприятных тенденциях в других сферах реагирования (Ию, Ин, Ип, Из). Несмотря на то что показатели мотивационного уровня достижений (Ид) в группах больных СКВ, ССД, ИАС и ОА располагались в экстернальном секторе, у всех групп значения превышали показатель 4 стена, свидетельствуя больше о тенденциях, чем о стойких закономерностях.

В целом можно сделать вывод, что для больных РЗ в большей степени характерны тенденции к формированию экстернального контроля личности. Наибольшую чувствительность к негативным средовым воздействиям больные РЗ обнаруживают в сферах общей интернальности, производственных отношений, неудач и здоровья. Подобное поведение обуславливает наиболее пассивные позиции в отношении борьбы со своим заболеванием, нежелание придерживаться назначенного курса лечения; пациенты реже проявляют активность в отношении выполнения профилактических мероприятий. Вместе с тем в связи с проблемами социализации, возникающими из-за заболевания, пациент вынужден брать на себя ответственность за коррекцию этих ситуаций, создавая тем самым предпосылку для формирования внутриличностного конфликта.

Были изучены корреляционные взаимосвязи уровня субъективного контроля с депрессией и тревогой у больных РЗ.

У пациентов с РЗ найдены достоверные обратные корреляционные связи между

невротическими нарушениями и уровнем субъективного контроля по шкалам общей интернальности, достижений, межличностных взаимоотношений и здоровья.

У лиц с СКВ увеличение уровня депрессии и тревоги коррелировало с увеличением экстернальности в сферах общей интернальности, достижений и межличностных взаимодействиях.

При ССД и СПФ повышение уровня депрессии и тревоги было связано с повышением экстернальности по шкале здоровья. Усиление тревоги способствовало повышению экстернальности в межличностных отношениях.

В группе больных ИАС достоверное увеличение экстернального контроля при усилении депрессивного фона наблюдалось по шкалам общей интернальности, достижений и производственных отношений. Рост тревоги способствовал формированию экстернального типа личностного реагирования в сфере достижений.

У пациентов с ОА при повышении уровня невротических нарушений наблюдалось увеличение экстернальности в сферах общей интернальности и здоровья.

Отмеченные зависимости могут показаться парадоксальными, т. к. с точки зрения классической психологии личности больные с экстернальным типом контроля надежно «защищены». «Психологическим щитом» им служит убеждение в собственной невиновности — при любой неудаче они считают, что «виноват не я, а случай», «так сложилась судьба», и неудачи лечения объясняют «некомпетентностью врачей», «несовершенством медицины».

Ревматические заболевания связаны со многими негативными изменениями в жизни больного вследствие неясности патогенеза заболевания, высокой вероятности развития нетрудоспособности и инвалидности, возможного неблагоприятного влияния на продолжительность жизни. Эти факторы, действительно являющиеся непредсказуемыми и которые пациент не в состоянии как-либо контролировать, могут вызывать и усиливать чувство неопределенности, ощущение потери контроля над жизненной ситуацией и, как следствие, усиление депрессивных и тревожных симптомов.

Также, согласно мнению некоторых авторов, сами по себе частые неудачи совладания в различных сферах жизнедеятельности, в т. ч. и в отношении здоровья, могут способствовать усилению ощущения беспомощности у пациентов, а следовательно, опосредованно усиливать невротические симптомы.



Такие особенности больных РЗ могут указывать на формирование у них состояния «наученной беспомощности», когда ожидание неудачи в деятельности приобретает для человека большую эмоциональную значимость и личностный смысл, чем само достижение цели. L.A.Bradley (1985) предположил, что модель наученной беспомощности, первоначально разработанная на животных в лабораторных условиях, может оказаться уместной в ревматологии.

Наученная беспомощность относится к убеждению пациента в том, что невозможно эффективное разрешение ситуации в смысле устранения или уменьшения источника стресса. В крайнем случае боьные приходят к убеждению, что их ситуация является неконтролируемой и у них могут проявиться недостатки, характерные для состояния наученной беспомощности. На эмоциональном уровне могут развиваться тревожность, депрессия и страх событий ежедневной жизни. На мотивационном уровне пациенты могут утратить интерес к любым формам деятельности в повседневной жизни. На когнитивном уровне больные могут отказаться от усилий по приобретению новых навыков, которые могли бы помочь им более эффективно справляться с дистрессом. Взаимодействие этих эмоциональных, мотивационных и когнитивных особенностей усиливает поведенческую модель саморазрушения.

Как только беспомощность становится преобладающей, пациенты перестают придерживаться строгого соблюдения предписанного режима, обращаются к непроверенным лечебным методам и в общем отказываются нести ответственность за заботу о состоянии своего здоровья.

Хотя оптимальная медикаментозная те-

рапия является основным компонентом комплексного лечения РЗ, больные требуют значительно большего. Следует признать важность оценки их эмоционального состояния, необходимо учитывать убеждения пациента, его восприятие существующего заболевания и связанных с ним проблем. Если психосоциальные проблемы не решены или решены неадекватно, это может привести к снижению комплайентности, их отказу от выполнения важнейших аспектов лечебно-реабилитационного режима и, соответственно, к снижению эффективности проводимой терапии.

Междисциплинарные программы помощи пациентам традиционно используют образовательный подход. Программы обучения обычно концентрируются на сущности процесса заболевания, основных видах лечения, применяемых препаратах, защите суставов и сбережению энергии, совладанию с психологическими стрессами. Хотя эти программы являются эффективными в плане увеличения знаний о заболевании, однако они не приводят к снижению активности заболевания, улучшению функциональных возможностей, снижению дозировки медикаментозной терапии или изменению уровня субъективного контроля. В то же время успешное лечение больных ревматическими заболеваниями требует активного вовлечения пациентов в лечебно-реабилитационный процесс, изменения их установок и образа жизни.

Поэтому особое внимание необходимо уделять лечебным вмешательствам, разработанным для увеличения восприятия больными контроля над симптомами их болезни в рамках когнитивно-бихевиорального подхода (например, метод функционального биоуправления с использованием биологической обратной связи).

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2009

УДК [617.586-002.44-02:616.379-008.64]-074

М.Ю.Шгильман, В.И.Нефедов, И.П.Чумбуридзе, О.А.Явруян – Прогностическое значение исследования уровня интерлейкинов у больных с синдромом диабетической стопы, осложненным гангреной.

Синдром диабетической стопы (СДС) является одним из наиболее тяжелых поздних осложнений *сахарного диабета* (СД). Несмотря на достаточный объем информации о патогенезе, диагностике, методах лечения и профилактики СДС, данные о частоте и исходах этой патологии по-прежнему остаются неуточительными. Результаты исследований, проведенных в различных странах, свидетельствуют, что в структуре всех ампутаций нижних конечностей нетравматического характера

больные СД составляют 50–75%. Патогенез развития диабетической стопы сложен: с учетом возрастных изменений в его основе лежат полинейропатия, ангиопатия, остеоартропатия, на фоне которых могут развиваться тяжелые гнойно-некротические процессы. В последнее время в литературе указывается на ведущую роль в регуляции воспалительного процесса цитокинов. Дисбаланс в выработке последних может привести к искажению течения воспалительного процесса.