

Результаты. Изучением проблемы комплаенса при лечении АГ занимаются относительно недолго, так как первый гипотензивный препарат был изобретен и введен в практику лечения пациентов в 60-х годах. А изучением причин отказа от лечения стали заниматься с конца 90-х годов. Поэтому знаниями, фактами и накопленным опытом не достаточно. Пока к единогласному мнению ученые пришли только по вопросу классификации причин низкой приверженности: инертность врачей и пациента, проблемы организации помощи при хронических заболеваниях. Достоверной связи с каким-то социально-демографическим фактором провести не удалось, данные проведенных исследований разнятся. В большинстве работ показано, что женщины гораздо более привержены к лечению и контролю ГБ, чем мужчины. В то время, как в работе Давыдова, Е.Л.* связи с половой принадлежностью не выявлено совсем. Проблема требует дальнейшего, более глубокого изучения. Статистические данные о распространенности АГ и доле эффек-

тивно леченых пациентов за последние годы не меняются. Несмотря на высокую распространенность АГ и смертность, связанную с ней, частота выявления больных с АГ и достижения целевых уровней АД среди населения остается низкой. Причина этому всему – низкая приверженность пациента к лечению.

Заключение. Необходимо отметить, что низкая приверженность к терапии больных с АГ является следствием взаимодействия комплекса различных социальных и демографических причин. Важно, что наличие у пациента высокого и среднего дохода не показывает себя самостоятельным и независимым предиктором высокой приверженности к лечению. Возможно, что положительное влияние на приверженность больных к лечению оказывает его семейный статус: наличие супруга, детей. Кроме того, вероятно взаимосвязь между уровнем образованности пациента и его приверженностью к лечению.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ПЛАЩИНСКАЯ Л.И., ГОНЧАРИК Д.Б., БАРСУКЕВИЧ В.Ч., ЧАСНОЙТЬ А.Р., РЕБЕКО Е.С., САВЧЕНКО А.А., МРОЧЕК А.Г.

РНПЦ «Кардиология», г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Более ранние неконтролируемые исследования по эффективности ренальной денервации (РДН) у пациентов с рефрактерной артериальной гипертензией (РАГ) показали значимое снижение артериального давления (АД), однако эти результаты не были подтверждены в нескольких более поздних исследованиях.

Цель исследования. Оценка эффективности РДН в лечении пациентов с РАГ по результатам годового наблюдения.

Материал и методы. 100 пациентам с РАГ была выполнена ренальная денервация с использованием специализированного катетера первого поколения Symplicity. Перед вмешательством всем пациентам выполнялись спиральная компьютерная томография почечных артерий (ПА). РДН применялась на ПА мощностью 8–10 Вт, температурой 55 °С, 4–8 точек на каждую артерию, по 2 минуты на точку. Процедура завершалась контрольной селективной ангиографией ПА. Конечными точками в оценке стали динамика снижения офисного и среднесуточного (амбулаторного) АД через год после вмешательства. При анализе изменений показателей, оцениваемых в динамике, выполнялся сравнительный анализ зависимых переменных при помощи теста Вилкоксона (Statsoft Statistica (версия 8.0)).

Результаты. Значения офисного систолического АД (САД) и диастолического (ДАД) с исходного 185,4/109,96 мм рт.ст. снизились до 156,3/95,5 мм рт.ст. через 12 месяцев после РДН ($p < 0,001$). Через один год после РДН 25,6% пациентов достигли целевого уровня АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) ($p = 0,0001$). Отмечалось достоверное снижение среднесуточного САД с $161,3 \pm 25,9$ мм рт.ст. исходно до $148,1 \pm 21,3$ через 12 месяцев после вмешательства, ДАД – с $94,3 \pm 16,4$ мм рт.ст. до $87,2 \pm 15,9$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,001$). Средние значения дневного и ночного САД и ДАД по данным суточного мониторирования АД (СМАД) на всех этапах наблюдения также достоверно снизились. По данным СМАД отмечалось достоверное снижение временного индекса САД и ДАД на всех сроках наблюдения. Индекс времени для среднесуточного САД снизился на 11% ($p = 0,0009$), для среднесуточного ДАД – на 7,5% ($p = 0,002$). По данным СМАД РДН через год после операции была эффективна у 62,2% пациентов, тогда как по офисному САД – у 85,9%. До вмешательства среднее количество антигипертензивных препаратов, принимаемых пациентами, составило $4,90 \pm 1,16$, к году после вмешательства эта цифра достоверно снизилась и составила $4,45 \pm 1,45$ ($p = 0,006$).

Заключение. Таким образом, РДН является эффективной процедурой, достоверно снижающей офисное и амбулаторное АД у пациентов с РАГ. Процедура РДН показана пациентам с РАГ в до-

полнение к АГТ. Однако главной особенностью является тщательный и обоснованный отбор пациентов с обязательным выполнением СМАД перед вмешательством.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ПУЛАТОВА Ш.Х., ЯХЁЕВА Ф.О., ТОИРОВ И.Р.

*РНЦЭМП Бухарского филиала;
Бухарский государственный медицинский институт, г. Бухара. Узбекистан*

Цель исследования. Провести исследование качества жизни больных сахарным диабетом 2 с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией при назначении таблетированных сахароснижающих препаратов или инсулинотерапии.

Материал и методы. Изучены истории болезни больных сахарным диабетом 2 типа кардиотерапевтического отделения РНЦЭМП Бухарского филиала в 2016–2018 гг. В исследование включены 50 пациентов (56 % женщин, 44 % мужчин) в возрасте от 46 до 74 лет (средний возраст – $59,6 \pm 7,4$ лет; средний возраст женщин – $60,8 \pm 7,5$ лет, мужчин – $58 \pm 7,1$). Длительность СД – у женщин – $12,5 \pm 7,6$ лет, у мужчин – $10,8 \pm 7,4$ лет. Встречаемость сопутствующих заболеваний была следующей. ИБС – 92,3 %, артериальная гипертензия – 88,4 %, цереброваскулярные заболевания – 86,9 %. Исследование проводилось в двух параллельных сопоставимых по полу и возрасту группах: 1 группа (27 больных): больные, получающие только таблетированную сахароснижающую терапию, 2 группа (23 пациента) – больные, получающие инсулинотерапию, при необходимости – в комбинации с таблетированными препаратами. Качество жизни определялось с использованием опросника «SF-36», анализировались лабораторные и инструментальные методы обследования. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал, показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100 баллами. При оценке качественных признаков использовался критерий Фишера, оценка количественных признаков осуществлялась с помощью критерия Манна – Уитни. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты. Проблема качества жизни больных сахарным диабетом (СД) и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией с применением различных видов медикаментозного вмешательства актуальна и малоизучена. У больных СД выявлено значительное снижение качества жизни (47,6 б.). В наибольшей степени отмечает-

ся снижение качества жизни по шкалам «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (28,2 б.), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (38,4 б.) и «общее состояние здоровья» (42,7 б.). Выявлены более низкие значения показателей у женщин по сравнению с мужчинами как в физическом компоненте здоровья (34,2 и 52,7 б. соответственно, $p = 0,01$), так и в психическом компоненте здоровья (42,3 и 57,6 б. соответственно, $p = 0,05$). При сравнении женщин разных возрастных групп (до и после 60 лет) не выявлено статистически значимых различий показателей качества жизни (37,7 и 41,9 б.). У мужчин наблюдается тенденция к снижению показателей ФКЗ и ПКЗ после 60 лет (51,8 и 56,9 б. соответственно). С увеличением продолжительности заболевания наблюдается снижение показателей ФКЗ и ПКЗ: при стаже до 10 лет у женщин ФКЗ – 37,6, ПКЗ – 43,4 б., более 10 лет – ФКЗ – 31,2, ПКЗ – 41,3 б.; у мужчин при стаже до 10 лет ФКЗ – 56,6, ПКЗ – 61,3 б., более 10 лет – ФКЗ – 48,0, ПКЗ – 53,2 б. ($p > 0,1$). При 3 степени тяжести заболевания у женщин выявлено снижение показателей ФКЗ и ПКЗ по сравнению со 2 степенью тяжести (48,6 и 29,5 баллов соответственно, $p = 0,03$). У мужчин данной закономерности не выявлено.

При лечении пероральными сахароснижающими препаратами (ПССП) КЖ – 46,6 б. (ФКЗ – 41,2, ПКЗ – 52,1 б.); инсулинотерапия – КЖ – 46,5 б. (ФКЗ – 44,9, ПКЗ – 48,2 б.); инсулинотерапия + ПССП – КЖ – 47,7 б. (ФКЗ – 41,6, ПКЗ – 53,9 баллов); зависимости между видом используемой терапии и качеством жизни пациентов не выявлено.

Выводы. У пациентов с СД 2 типа и заболеваниями сердечно-сосудистой системы выявлено значительное снижение показателей качества жизни, особенно у женщин. Качество жизни не зависит от вида терапии. Оценка качества жизни позволяет добиться улучшения результатов лечения сахарного диабета.