

16. Ronen G., Streiner D., Rosenbaum P. Health-related quality of life in childhood epilepsy: moving beyond 'seizure control with minimal adverse effects' // Health Qual Life Outcomes. – 2003; 1: 1–36.

17. Sabaz M., Cairns D., Lawson J. et al. The health-related quality of life of children with refractory epilepsy: a comparison of those with and without intellectual disability // Epilepsia. – 2001; 42 (5): 621–628.

18. Soria C., Bulteau C., El Sabbagh S., et al. Quality of life in children with epilepsy: a review // Arch Pediatr. – 2008; 15 (9): 1474–1485.

19. Upton P., Lawford J., Eiser C. Parent-child agreement across child health-related quality of life instruments: a review of the literature // Qual Life Res. – 2008; 17 (6): 895–913.

20. Varni J., Seid M., Kurtin P. The PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations // Med Care. – 2001; 39 (8): 800–812.

21. Varni J., Limbers C. The pediatric quality of life inventory: measuring pediatric health-related quality of life from the perspective of children and their parents // Pediatr Clin North Am. – 2009; 56 (4): 843–863.

22. Verhey L., Kulik D., Ronen G. et al. Quality of life in childhood epilepsy: what is the level of agreement between youth and their parents? // Epilepsy Behav. – 2009; 14 (2): 407–410.

QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH EPILEPSY ACCORDING TO THE PedsQL QUESTIONNAIRE

E. Melikyan¹, PhD; **K. Mukhin²**, Professor, **N. Nikiforova²**, MD

¹N.I. Pirogov National Medical Surgical Center, Ministry of Health and Social Development, Moscow; ²St. Luke's Institute of Child Neurology and Epilepsy, Moscow

PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales» were administered to 50 children with epilepsy (child self-report) and their parents (parent-proxy report). Children with epilepsy and their parents perceived overall Quality of life (QOL) and all QOL subdomains to be lower than scores reported in conditionally-healthy children. The children estimated QOL lower than their parents, but the difference was not statistically significant. The highest correlation of QOL according to parental and children's reports was marked on overall QOL ($r=0,80$), «Psychosocial health» ($r=0,73$) and «Functioning in the kindergarten/school» ($r=0,71$). On other subdomains correlation was moderate.

Key words: epilepsy, quality of life, children, PedsQL.

РЕЗИСТЕНТНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ФУНКЦИЯ ПОЧЕК ПРИ МНОГОЛЕТНЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Е. Чумакова, Н. Кравцова, кандидат медицинских наук,
И. Рыженкова, Е. Лобанова,
Л. Алексеева, доктор медицинских наук, профессор
Поликлиника № 1 УД Президента РФ
E-mail: l.alekseeva@vipmed.ru

Изучена распространенность резистентной артериальной гипертензии (АГ) у пациентов, длительно страдавших гипертонической болезнью и следовавших рекомендациям врачей поликлиники. У больных с трудно контролируемой АГ при применении 3 и более антигипертензивных средств без диуретиков выявлены начальные признаки хронической болезни почек без повышения уровня креатинина.

Ключевые слова: эссенциальная артериальная гипертензия, гипертоническая болезнь, резистентная артериальная гипертензия, хроническая болезнь почек.

Успехи в лечении гипертонической болезни (ГБ) в экономически развитых странах привели к существенному увеличению продолжительности жизни населения и росту в популяции доли людей пожилого и старческого возраста, для которых артериальная гипертензия (АГ) является ведущим модулируемым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений.

Рефрактерной, или резистентной, к лечению считают АГ, при которой назначенное лечение (изменение образа жизни и рациональная комбинированная антигипертензивная терапия с применением адекватных доз не менее 3 препаратов, включая диуретики) не приводит к достаточному снижению АД и достижению его целевого уровня [1]. Сведения о распространенности резистентной АГ немногочисленны и противоречивы [6]. Термин «неконтролируемая АГ» – более широкий; он включает как истинно резистентную АГ, так и АГ, вызванную недостаточным контролем уровня АД в связи с несоблюдением режима лечения. По данным В. Werlemann и соавт. [8], частота резистентной формы АГ составляет 2–5%, а у пациентов, которые получают ≥3 антигипертензивных препаратов, она возрастает до 42,6% [7].

Для врачей поликлиники основным руководством по диагностике и лечению АГ стали рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов. С 1999 г. изменились целевые уровни АД (<140/90 мм рт. ст. – для всех больных и <130/80 мм рт. ст. – для больных сахарным диабетом (СД), с почечной дисфункцией), тактика выбора антигипертензивного препарата 1-й линии, стратификация степени риска сердечно-сосудистых осложнений.

В поликлинической практике широкое распространение получили ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА), длительно действующие антагонисты кальция, низко-

и среднедозовые комбинации антигипертензивных средств. Внимание практических врачей привлечено к оценке эффективности антигипертензивного лечения, ранней диагностике и лечению метаболического синдрома, выявлению признаков поражения органов-мишеней, оценке функционального состояния почек.

Нами изучена распространенность резистентной АГ у наблюдавшихся в поликлинике пациентов с эссенциальной АГ (ГБ) и оценено функциональное состояние почек при неэффективном контроле АД. С этой целью проведен ретроспективный анализ (методом слепой выборки) 678 историй болезни пациентов с ГБ, которые проходили ежегодное диспансерное обследование в Поликлинике № 1 УД Президента РФ и длительно активно наблюдались при выявлении основных неэпидемических заболеваний.

Критерии включения в исследование: диагностика ГБ с использованием клинико-лабораторных и функциональных методов обследования, включая УЗИ почек и надпочечников [1]; длительность активного наблюдения и лечения больных ГБ не менее 5 лет; неоднократные (≥ 3 в течение года) измерения АД при посещении участкового терапевта в поликлинике; самоконтроль АД в домашних условиях.

Критерии исключения из исследования: все формы вторичной (симптоматической АГ); хроническая болезнь почек (ХБП) IV–V стадий; тяжелые сопутствующие заболевания с неблагоприятным прогнозом.

Изучали частоту достижения целевого уровня АД ($<140/90$ мм рт. ст. – для всех пациентов и $<130/90$ мм рт. ст. – для пациентов с СД), а также стойкость его удержания по данным повторных измерений. Стойким считали сохранение целевого уровня при всех измерениях АД, нестойким – регистрацию как целевого, так и нецелевого уровня АД при многократных измерениях в поликлинике и при самоконтроле. В последней группе оценивали объем антигипертензивной терапии и выделяли пациентов, получавших не менее 3 антигипертензивных препаратов, включая диуретик.

У 43 пациентов с трудно контролируемой АГ и различной эффективностью антигипертензивной терапии изучены маркеры почечной дисфункции: микроальбуминурия (МАУ) в утренней порции мочи с использованием тест-полосок, изменение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), определенной по формуле MDRD. У пациентов этой группы не было тяжелых сердечно-сосудистых осложнений или сопутствующих заболеваний; средний их возраст составил $73 \pm 2,5$ года, индекс массы тела – $25\text{--}30$ кг/м². При диспансерном обследовании пациентов исключена симптоматическая АГ. Пациенты получали 3–4-компонентную антигипертензивную терапию без диуретиков.

Из 678 больных ГБ, находившихся на активном наблюдении, у 165 диагностирована I стадия заболевания и у 513 – II. Следовали рекомендациям врача, соблюдая сроки активного наблюдения и схемы лекарственной терапии, соответственно 80 (48%) и 457 (89%) пациентов. Все больные с ГБ I стадии, выполнявшие врачебные рекомендации, достигали целевого уровня АД и стойко удерживали нормальные показатели АД.

Для дальнейшей оценки эффективности антигипертензивной терапии выбраны пациенты с ГБ II стадии ($n=457$), которые следовали врачебным рекомендациям. Именно в этой группе с удовлетворительной комплаентностью анализировали частоту достижения целевых уровней АД. При повторных измерениях у 263 (57,5%) пациентов постоянно регистрировали целевые уровни АД, а у 194 (42,4%) отмечены

колебания АД от целевого до повышенного уровня. При этом у 80 обследованных преобладали нецелевые уровни АД; среди этих больных 43,1% были из группы 194 пациентов с колебаниями АД и 17% – из 457 с ГБ II стадии, следовавшие рекомендациям врача.

Из группы пациентов с нестойким удержанием целевого значения АД 58,7% получали 2-компонентную и 41,3% – 3-компонентную антигипертензивную терапию. Все пациенты с преобладанием нецелевого АД ($n=80$) получали 3- или 4-компонентную антигипертензивную терапию. Мочегонные препараты получали 56 (70%) из 80 больных. Таким образом, критерию «резистентной» соответствовала АГ у 56 (12,3%) больных с ГБ II стадии, соблюдавших рекомендации по лечению и активному наблюдению в поликлинике.

Изучение СКФ, рассчитанной по формуле MDRD, у пациентов с трудно контролируемой ГБ и нормальным содержанием креатинина сыворотки крови выявило признаки гиперфильтрации (I стадия ХБП) у 10%, СКФ от 60 до 89 мл/мин/1,73м² (II стадия ХБП) – у 54,5% и СКФ от 30 до 59 мл/мин/1,73м² (III стадия ХБП) – у 35,5% обследованных.

Частота МАУ у пациентов с ХБП I стадии составила 25%, II стадии – 26% и III стадии – 14%. В случае неудовлетворительного контроля АД МАУ выявляли у каждого 4-го пациента. В то же время эффективность лечения ГБ не влияла на распределение пациентов по стадиям ХБП. Среди обследованных с хорошим контролем АД I стадия ХБП была у 11%, II – у 50% и III – у 39% пациентов.

Начальным этапом диагностики резистентных форм АГ является исключение вторичной АГ, «гипертензии белого халата» и псевдорезистентной АГ, обусловленной несоблюдением пациентом лечебных рекомендаций или назначением недостаточной по эффективности антигипертензивной терапии.

С методической точки зрения более обоснован анализ распространенности резистентной АГ у пациентов с верифицированным диагнозом ГБ, которые следуют рекомендациям врача и неоднократно контролируют АД в поликлинике и дома. Тем не менее ретроспективное исследование также не может выявить истинную распространенность резистентности к лечению среди пациентов с АГ. Многие пациенты с нестойким поддержанием целевого уровня АД (58,7%) получали лишь 2-компонентную антигипертензивную терапию, а 30% больных с преобладанием нецелевого уровня АД не получали мочегонные средства. Следовательно, значительная доля пациентов нуждалась в усилении антигипертензивного лечения.

Существует мнение, что пациентов, контролирующих АД приемом ≥ 4 препаратов, также нужно рассценивать как резистентных к лечению [3, 4], однако использование этого критерия резистентности АГ приведет к существенному росту распространенности этой формы АГ. Вместе с тем мы отобрали группу пациентов, следующих рекомендациям по лекарственной терапии и часто контролирующим АД в поликлинике, что можно объяснить трудностью контроля АД. Возможно, в анализируемой группе были преимущественно больные с неудовлетворительным антигипертензивным эффектом.

При изучении почечной дисфункции у пациентов с трудно контролируемой АГ (3–4-компонентная терапия без диуретиков) выявлена высокая частота МАУ (от 14 до 25%), наиболее часто регистрируемая при неэффективном контроле АД. Показатели СКФ изменялись у значительной части пациентов с трудно контролируемой АГ без закономерной зависимости от эффективности лечения.

Начальные признаки ХБП были результатом гипертонической нефропатии; они диктуют необходимость использования лекарственных средств с нефропротективными свойствами [2]. Низкая комплаентность пациентов с ГБ — серьезный аргумент для выбора фиксированных комбинаций лекарственных препаратов с доказанными нефропротективными свойствами (сочетание ИАПФ и блокаторов кальциевых каналов).

В последние годы среди причин резистентности АГ к лекарственной терапии особое внимание уделяется гиперальдостеронизму [5] и синдрому апноэ сна. По-прежнему актуальна проблема коррекции избыточной массы тела, абдоминального ожирения, нарушений углеводного и липидного обмена.

По данным ретроспективного анализа, все пациенты с ГБ I стадии, следовавшие рекомендациям врачей, достигали целевого уровня АД. Не сохранялось стойкое поддержание целевого уровня АД у 42,4% пациентов с ГБ II стадии, которые следовали врач ебным рекомендациям, измеряли АД от 3 до 8 раз в году в поликлинике и контролировали АД в домашних условиях. Резистентная АГ, соответствующая общепринятым критериям, выявлена у 12,3% больных ГБ II стадии. В группе с трудно контролируемой АГ (без диуретиков) признаки гипертонической нефропатии с МАУ и(или) измененной СКФ констатированы более чем у половины обследованных. Проведенная работа свидетельствует о необходимости совершенствования антигипертензивного лечения пациентов с трудно контролируемой АГ и о целесообразности проспективного исследования по изучению распространенности и причин резистентной АГ в группе активно наблюдаемых больных с ГБ.

Литература

1. Национальные клинические рекомендации: Сборник / под ред. Р.Г. Оганова. — М.: Силиция-Полиграф, 2010. — 592 с.
2. Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска: Российские рекомендации. — М., 2008. — 24 с.
3. Calhoun D. Resistant or difficult-to-treat hypertension // J. Clin. Hypertens. — 2006; 8: 181–186.
4. Calhoun D., Jones D., Textor S. et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional educational committee of the Council for high blood pressure research // Hypertension. — 2008; 51: 1403–1419.
5. Douma S., Petidis K., Doulas M. et al. Prevalence of primary hyperaldosteronism in resistant hypertension: a retrospective observational study // Lancet. — 2008; 371 (9628): 1921–1926.
6. Garg J., Elliot W., Folker A. et al. Resistant hypertension revisited: a comparison of two university-based cohorts // Am. J. Hypertens. — 2005; 18 (S Pt 1): 619–626.
7. Oikawa T., Obara T. et al. Characteristics of resistant hypertension determined by self-measured blood pressure at home and office blood pressure measurements: the J-HOME study // J. Hypertens. — 2006; 24 (9): 1737–1743.
8. Werlemann B., Offers E., Kolloch R. Compliance problems in therapy resistant hypertension // Herz. — 2004; 29 (3): 271–275.

RESISTANT ARTERIAL HYPERTENSION AND RENAL FUNCTION IN LONG-TERM HYPERTENSIVE DISEASE

E. Chumakova, N. Kravtsova, I. Ryzhenkova, E. Lobanova;
Professor **L. Alekseyeva, MD**

Polyclinic One, Department for Presidential Affairs of the Russian Federation
The prevalence of resistant arterial hypertension (AH) was studied in patients suffering from hypertensive disease long and following the recommendations of the polyclinic's physicians. The patients with uncontrolled AH receiving 3 antihypertensive agents or more without diuretics were found to have early signs of chronic renal disease without increased creatinine levels.

Key words: essential arterial hypertension, hypertensive disease, resistant arterial hypertension, chronic renal disease.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Е. Ахмадова¹, Х. Батаев¹, доктор медицинских наук, профессор,
В. Игнатъев¹, доктор медицинских наук, профессор,
В. Тихонов², Ш. Раджабова³, кандидат медицинских наук
¹ЧГУ, Грозный, ²ОАО «Диод», Москва, ³ДГМА, Махачкала
E-mail: jnus@mail.ru

Включение разработанной композиции в состав комплексной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью способствует уменьшению возбудимости миокарда, повышению качества жизни, усиливает кровообращение в сосудах сердца, успокаивающе действует на ЦНС.

Ключевые слова: композиция, ишемическая болезнь, сердечно-сосудистая недостаточность, гипоксен, боярышник, гипоксия, терапия.

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — это неспособность сердца обеспечивать кровью ткани в соответствии с их метаболическими потребностями; она становится исходом многих сердечно-сосудистых заболеваний. По расчетам, распространенность ХСН в общей популяции составляет 1,5–2,0%, однако среди лиц >65 лет она достигает 6–10%. Несмотря на значительные достижения в лечении сердечно-сосудистых заболеваний, распространенность ХСН не только не снижается, но неуклонно растет; ожидается, что в ближайшие 20–30 лет она увеличится на 40–60%. Самыми распространенными причинами ХСН являются: ишемическая болезнь сердца (ИБС) — 50–70%, артериальная гипертензия (АГ) — 12–17%, дилатационная кардиомиопатия — 7–14% [3–5, 9].

Заболевания сердечно-сосудистой системы относятся к патологии, при которой гипоксические нарушения играют ведущую роль. Это связано с особенностями кислородного обеспечения кардиомиоцитов. Как известно, клетки миокарда обладают максимальной энергоемкостью, поскольку совершают наиболее напряженную работу. Однако общее количество крови, циркулирующей в сердечной мышце, сравнительно невелико, и в значительной мере потребность клеток в кислороде осуществляется за счет максимального извлечения кислорода из оксигемоглобина. Не случайно до 30% объема клетки занимают митохондрии.

В самой сердечной мышце резервы кислорода практически отсутствуют, поэтому сокращение притока крови любого генеза неизбежно сопровождается развитием гипоксии. Эти процессы имеют для клетки драматические последствия, поскольку основным субстратом для покрытия энергетических потребностей являются жирные кислоты, поступающие внутрь клетки с помощью ацилкарнитинового комплекса. При гипоксии наблюдается уменьшение запасов АТФ и вследствие этого — нарушение синтеза ацилкарнитина, развивается субстратный дефицит, связанный с невозможностью доставки жирных кислот к митохондриям.

Процесс преобразования энергии постепенно угнетается, нарастает дефицит АТФ и других макроэргов, цитоплазма переполняется ионами Ca²⁺, что приводит к расслаблению мио-