

внимание вытесненным эмоциям и неадаптивным типам совладающего поведения. Для пациентов с нестабильной стенокардией необходима психокоррекционная работа с эмоционально-лабильным состоянием, повышенным уровнем интернальности и неустойчивостью системы совладающего поведения в целом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Алехин А. Н., Трифонова Е. А., Чернорай А. В.* Отношение к болезни у пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния // Артериальная гипертензия. — 2012. — Т. 18. — № 4. — С. 317–324.
2. *Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. и др.* Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. — 32 с.
3. *Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р. и др.* Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. — СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. — 37 с.
4. *Горьковская И. А., Баканова А. А.* Реализация модуля «Технологии психологической помощи в кризисных и чрезвычайных ситуациях» // Вопросы психол. — 2011. — № 3. — С. 59–68.
5. *Дубинина Е. А.* Стресс-преодолевающее поведение у пациентов, перенесших инфаркт миокарда // Известия Росс. гос. педагог. ун-та им. А. И. Герцена. — 2014. — № 167. — С. 81–87.
6. *Зубарева О. А.* Мишени психокоррекции пациентов с острыми формами ишемической болезни сердца // Ученые записки ун-та им. П. Ф. Лесгафта. — 2014. — № 8 (114). — С. 74–79.
7. *Мясищев В. Н.* Психология отношений: избранные психологические труды / под ред. А. А. Бодалева. — 4-е изд. — М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011. — 398 с.
8. *Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособие / под ред. Д. Я. Райгородского.* — Самара: БАХРАХ-М, 2001. — 672 с.
9. *Фомина Н. В.* Отношение к болезни как ресурс совладающего поведения // Психология совладающего поведения: Материалы II Междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23–25 сент. 2010 г.; в 2 т. — Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. — Т. 1. — С. 117–119.

10. *Холмогорова А. Б., Петрова Г. А.* Диагностика уровня социальной поддержки при психических расстройствах. — М.: Мед. технология; ФГУ МНИИП Росздрава, 2007.

11. *Юсупходжаев Р. В., Сидорова Т. И., Ефремушкин Г. Г.* Копинг-стратегии и механизмы психологической защиты у больных инфарктом миокарда и их психотерапевтическая коррекция на санаторном этапе реабилитации // Бюллетень СО РАМН. — 2007. — № 3 (125). — С. 186–190.

12. *Ginzburg K.* Life events and adjustment following myocardial infarction A longitudinal study // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. — 2006. — Vol. 41. — P. 825–831.

## РЕЗЮМЕ

*О. А. Зубарева*

**Взаимосвязь совладающего поведения с типами отношения к болезни у пациентов с острыми формами ишемической болезни сердца**

Приведены результаты исследования взаимосвязи совладающего поведения с типами отношения к болезни у пациентов мужского пола с разными видами острых форм ишемической болезни сердца. В исследовании сравнивались данные, полученные при работе с пациентами с инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. На основании полученных данных даны рекомендации для разработки психокоррекционной программы.

**Ключевые слова:** ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, отношение к болезни, locus контроля, копинг.

## SUMMARY

*O. A. Zubareva*

**Correlation between the coping behavior and types of attitude to the disease in patients with coronary heart disease**

The article represents the results of research of correlation between the coping behavior and types of attitude to the disease taking into account the emotional, behavioral and cognitive components in male patients with different types of acute coronary heart disease (acute myocardial infarction and unstable stenocardia). Recommendations for the elaborating of psychocorrectional program were given according to the analysis of the obtained data.

**Key words:** coronary heart disease, myocardial infarction, unstable stenocardia, attitude to the disease, locus of control, coping.

© Т. А. Шевченко, 2014 г.  
УДК 616.281-008.55:616.833.185-008.6

**Т. А. Шевченко**

## СОСТОЯНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Отдел микрохирургии уха и отонейрохирургии Института отоларингологии имени профессора А. И. Коломийченко НАМН Украины, Киев

Около 5 % населения Земли страдают головокружением различного генеза [6]. Головокружение является одним из наиболее частых симптомов, встречающихся в медицинской практике [2]. Среди причин обращения к врачам разных специальностей головокружение составляет 3–4 % [7]. Во многих исследованиях последних лет подчеркивается растущая частота жалоб на вестибулярные расстройства. Colledge et al. в 1996 г. провели опрос более 20 тысяч человек в возрасте от 18 до 64 лет, в результате которого выяснилось, что за последний месяц более 20 % испытали головокружение, из них свыше 30 % страдают головокружением на протяжении более 5 лет [3]. Значительную группу

пациентов, страдающих головокружением, составляют больные с патологией среднего и внутреннего уха. Одним из наиболее частых заболеваний, сопровождающихся головокружением, является болезнь Меньера. Распространенность этой болезни составляет от 0,001 до 0,16 % населения [4, 8]. Болезнь Меньера признана одной из частых причин слуховестибулярных расстройств, представляющих трудноразрешимую задачу для клинициста и, особенно, для врача общей практики [8].

Головокружение при болезни Меньера может привести к значительному ухудшению качества жизни больного, лишая его возможности вести привычный образ жизни и качественно выполнять профессиональные обязанности, нередко делая его зависимым от посторонней помощи в обиходе, может вызвать стойкую утрату трудоспособности либо стать причиной инвалидности [6]. Таким образом, проблема поиска новых, более эффективных методов лечения болезни Меньера актуальна в медицинском и социальном аспекте.

**Целью** исследования было определение сравнительной эффективности лечения пациентов с болезнью Меньера разными методиками по состоянию вестибулярной функции до и в ранние сроки (3 месяца) после лечения.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для определения эффективности лечения пациентов с болезнью Меньера нами были обследованы 90 пациентов, которые находились на стационарном лечении в Отделе микрохирургии уха и отонейрохирургии Института отоларингологии им. проф. А. И. Коломийченко НАМН Украины в возрасте от 18 до 50 лет. Срок наблюдения за пациентами составил 3 месяца. Диагноз был установлен на основе анамнеза и обследования больных. В клиническом плане больные имели типичную триаду симптомов, характерную для болезни Меньера:

приступы головокружения, снижение слуха флюктуирующего характера, шум в ухе, усиливающийся во время приступа.

Больные распределялись на 3 группы в зависимости от метода лечения. Пациенты 1-й группы (n = 30) получали курс «классической» медикаментозной терапии, который включал препараты, имеющие вазоактивное, противоотечное, метаболическое действие, влияли на мозговое кровообращение, а также гидрокарбонат натрия.

Пациентам 2-й группы (n = 30) проводилась, кроме медикаментозного лечения, немедикаментозная малоинвазивная терапия, заключающаяся в пневмомассаже окон лабиринта с помощью отологического устройства для пульсовой подачи низкого давления «Meniett» через тимпаностомическое отверстие в барабанной перепонке. Терапевтический эффект достигался благодаря использованию импульсов давления низкой амплитуды и частоты, подаваемых к окнам лабиринта, вследствие чего происходила эвакуация эндолимфы из внутреннего уха к эндолимфатическому мешку. Лечение проводилось трижды в день на протяжении 10 дней.

Пациентам 3-й группы (n = 30) проводили комплексное лечение, включавшее медикаментозное лечение, пневмомассаж окон лабиринта по вышеуказанной методике и комплекс упражнений по вестибулярной тренировке (кинезитерапию) [1]. Курс кинезитерапии позитивно влиял не только на уменьшение частоты, длительности и тяжести течения приступов головокружения, но и на уменьшение вестибулярных расстройств в межприступном периоде.

Перед лечением все больные были обследованы по общепринятым клиническим, аудиометрическим и вестибулометрическим методикам, включая глицерол-тест. Исследование вестибулярной функции включало определение статического равновесия с использованием метода кефалографии,

Таблица 1

**Показатели вестибулярных реакций у пациентов 1-й группы с болезнью Меньера до и через 3 месяца после лечения**

Состояние вестибулярной функции	Условия обследования	Средняя амплитуда нистагма, мм	Частота нистагма, Гц	Скорость медленной фазы нистагма, град/с	Сенсорная реакция, с	Вестибуло-вегетативная реакция по К. А. Хилову
Контрольная группа		11,2±1,7	2,8±0,7	42,9±21,4	11,2±1,6	0
Гипорефлексия (n = 4)	До лечения	9,8±0,3*	2,0±0,1*	27,6±1,1*	8,8±0,7*	0
	После лечения	17,1±0,6**	2,4±0,1**	38,2±1,1**	12,9±1,5**	0
Гиперрефлексия (n = 2)	До лечения	21,7±2,4*	3,7±0,2*	53,2±3,4*	40,9±2,1*	II
	После лечения	15,4±1,6**	2,4±0,3**	35,2±3,1**	22,4±2,4**	II
Асимметрия (n = 19)	До лечения	14,9±1,3 9,1±0,7*	2,4±0,2 1,3±0,1*	32,8±2,3 19,3±2,1*	36,7±2,2 22,8±2,4*	I-II
	После лечения	13,9±1,4 12,8±1,3**	2,2±0,1 2,4±0,1**	31,5±2,3 29,6±2,2**	22,0±2,3 16,5±1,5**	I-II
Диссоциация (n = 5)	До лечения	9,9±0,4*	2,3±0,1*	26,5±2,4*	41,5±2,4*	II-III
	После лечения	12,8±0,6**	2,8±0,1**	35,2±1,8**	20,5±3,3**	II-III

**Примечание:** здесь и далее в числителе – показатель вестибулярной реакции при вращательной стимуляции здорового, в знаменателе – пораженного лабиринта; \* – p<0,05 – показатели вестибулярных реакций в группах больных достоверно отличаются от соответствующих значений в контрольной группе; \*\* – p<0,05 – показатели вестибулярных реакций в группе больных через 3 месяца после лечения достоверно отличаются от соответствующих значений до лечения.

динамического равновесия по результатам «пишущего» и «шагающего» теста, исследование поствращательного нистагма с использованием метода электронистагмографии. Вращательную стимуляцию осуществляли на кресле Барани, причем проводили вращение пациента в обе стороны в плоскости раздражения горизонтальных полукружных каналов со скоростью 10 оборотов за 20 с. С целью анализа электронистагмограммы оценивали следующие показатели: частоту, среднюю амплитуду и скорость медленной фазы нистагма (СМФ), выраженность вестибуло-вегетативной и продолжительность вестибуло-сенсорной поствращательной реакции.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование вестибулярной функции выявило 3 степени вестибулярной дисфункции: I степень — 38,9 % пациентов, II степень — 44,4 % пациентов, III степень — 16,7 % пациентов. Получено 4 состояния вестибулярной дисфункции: гипорефлексия — 13,3 % больных, гиперрефлексия — 6,7 % больных, асимметрия — 65,6 % пациентов, диссоциация — 14,4 % пациентов.

При оценке состояния вестибулярного анализатора в ранние сроки после проведенной терапии отмечалось достоверное улучшение его функции у пациентов всех групп.

При анализе параметров экспериментального нистагма при вращательной стимуляции у пациентов 1-й группы в раннем периоде после лечения получены следующие результаты:

— у пациентов с вестибулярной гипорефлексией отмечалось достоверное повышение показателей средней амплитуды нистагма с  $9,8 \pm 0,3$  до  $17,1 \pm 0,6$  мм, скорости медленной фазы (СМФ) нистагма — с  $27,6 \pm 1,1$  до  $38,2 \pm 1,1$  град/с;

— у пациентов с вестибулярной гиперрефлексией показатели экспериментального нистагма достоверно снизились, а именно: средняя амплитуда — с  $21,7 \pm 2,4$  до  $15,4 \pm 1,6$  мм, СМФ — с  $53,2 \pm 3,4$

до  $35,2 \pm 3,1$  град/с, уменьшилась выраженность сенсорной и вегетативной реакции;

— у больных с вестибулярной асимметрией отмечалось уменьшение асимметрии между лабиринтами, проявлявшееся повышением вестибулярной возбудимости со стороны пораженного лабиринта, уменьшением выраженности сенсорной и вегетативной реакции;

— у пациентов с диссоциацией экспериментальных вестибулярных реакций выявлено уменьшение длительности сенсорной и выраженности вегетативной реакции, нистагменная реакция носила более ритмичный характер, «немые» поля не регистрировались (табл. 1).

При анализе параметров экспериментального нистагма при вращательной стимуляции у пациентов 2-й группы получены следующие результаты:

— у пациентов с вестибулярной гипорефлексией отмечалось достоверное повышение показателей средней амплитуды нистагма с  $8,9 \pm 0,5$  до  $16,8 \pm 0,4$  мм, СМФ нистагма — с  $24,4 \pm 1,3$  до  $36,9 \pm 1,3$  град/с;

— у пациентов с вестибулярной гиперрефлексией, наоборот, показатели экспериментального нистагма через 3 месяца после проведенного курса лечения достоверно снижались: средняя амплитуда — с  $26,7 \pm 2,5$  до  $15,7 \pm 2,1$  мм, СМФ — с  $63,5 \pm 2,4$  до  $34,8 \pm 3,1$  град/с, уменьшилась продолжительность сенсорной и выраженность вегетативной реакций;

— у больных с вестибулярной асимметрией после проведенного курса лечения наблюдалось повышение вестибулярной активности со стороны пораженного лабиринта, а именно — увеличение средней амплитуды, увеличение СМФ нистагма, т. е. уменьшение проявлений асимметрии вестибулярных реакций. В то же время уменьшилась продолжительность сенсорной реакции и выраженность вегетативной реакции;

— у пациентов с диссоциацией экспериментальных вестибулярных реакций через 3 месяца после

Таблица 2

Показатели вестибулярных реакций у пациентов 2-й группы с болезнью Меньера до и через 3 месяца после лечения

Состояние вестибулярной функции	Условия обследования	Средняя амплитуда нистагма, мм	Частота нистагма, Гц	Скорость медленной фазы нистагма, град/с	Сенсорная реакция, с	Вестибуло-вегетативная реакция по К. Л. Хилову
Контрольная группа		$11,2 \pm 0,5$	$2,8 \pm 0,2$	$42,9 \pm 1,4$	$11,2 \pm 0,9$	0
Гипорефлексия (n = 4)	До лечения	$8,9 \pm 0,5^*$	$2,0 \pm 0,1^*$	$24,4 \pm 1,3^*$	$9,0 \pm 2,2^*$	0
	После лечения	$16,8 \pm 0,4^{**}$	$2,5 \pm 0,2^{**}$	$36,9 \pm 1,3^{**}$	$14,7 \pm 2,4^{**}$	0
Гиперрефлексия (n = 2)	До лечения	$26,7 \pm 2,5^*$	$3,8 \pm 0,3^*$	$63,5 \pm 2,4^*$	$45,8 \pm 2,4^*$	II
	После лечения	$15,7 \pm 2,1^{**}$	$2,4 \pm 0,5^{**}$	$34,8 \pm 3,1^{**}$	$23,1 \pm 2,6^{**}$	I-II
Асимметрия (n = 20)	До лечения	$14,8 \pm 1,3$ $9,1 \pm 0,8^*$	$2,3 \pm 0,1$ $1,0 \pm 0,1^*$	$31,6 \pm 2,3$ $19,2 \pm 2,1^*$	$36,2 \pm 2,3$ $25,4 \pm 2,5^*$	I-II
	После лечения	$13,8 \pm 1,3$ $12,4 \pm 1,2^{**}$	$2,2 \pm 0,2$ $2,4 \pm 0,2^{**}$	$30,8 \pm 2,2$ $28,9 \pm 2,2^{**}$	$21,9 \pm 2,4$ $16,8 \pm 2,5^{**}$	I-II
Диссоциация (n = 4)	До лечения	$9,4 \pm 0,5^*$	$2,1 \pm 0,1^*$	$38,8 \pm 1,6^*$	$44,1 \pm 3,2^*$	II-III
	После лечения	$11,9 \pm 0,5^{**}$	$2,9 \pm 0,1^{**}$	$25,8 \pm 2,1^{**}$	$20,0 \pm 3,1^{**}$	II-III

Таблица 3

Показатели вестибулярных реакций у пациентов 3-й группы с болезнью Меньера до и через 3 месяца после лечения

Состояние вестибулярной функции	Условия обследования	Средняя амплитуда нистагма, мм	Частота нистагма, Гц	Скорость медленной фазы нистагма, град/с	Сенсорная реакция, с	Вестибуло-вегетативная реакция по К. Л. Хилову
Контрольная группа		11,2±0,5	2,8±0,2	42,9±1,4	11,2±0,9	0
Гипорефлексия (n = 4)	До лечения	8,9±0,6*	2,0±0,1*	22,2±1,1*	8,2±0,8*	0
	После лечения	16,3±2,8**	2,9±0,2**	36,9±1,3**	12,1±1,1**	0
Гиперрефлексия (n = 2)	До лечения	23,7±2,2*	3,9±0,2*	56,7±3,8*	47,6±2,3*	II
	После лечения	16,6±2,3**	2,5±0,3**	37,9±3,5**	20,1±2,5**	0
Асимметрия (n = 20)	До лечения	14,2±1,5 8,7±0,7*	2,3±0,2 1,0±0,2*	32,9±2,3* 19,2±2,1*	36,1±2,3 24,6±2,5*	I-II
	После лечения	14,5±1,3 13,9±1,4**	2,3±0,1 2,4±0,1**	32,8±2,2 31,8±2,2**	18,9±2,5 17,5±2,4**	0
Диссоциация (n = 4)	До лечения	8,8±0,7*	2,1±0,1*	25,8±2,8*	40,8±3,7*	II-III
	После лечения	12,5±1,1**	2,4±0,1**	34,8±1,8**	17,8±3,6**	I

проведенного курса лечения нистагменная реакция носила более ритмичный характер, «немые» поля не регистрировались, отмечалось уменьшение СМФ нистагма с 38,8±1,6 до 25,8±2,1 град/с, продолжительности сенсорной реакции и выраженности вегетативной реакции (табл. 2).

Анализ параметров экспериментального нистагма при вращательной пробе по Барани у больных с болезнью Меньера 3-й группы после проведенного курса лечения через 3 месяца показал следующее:

— у пациентов с вестибулярной гипорефлексией отмечалось повышение показателей средней амплитуды с 8,9±0,6 до 16,3±2,8 мм, СМФ нистагма — с 22,2±1,1 до 36,9±1,3 град/с;

— у пациентов с вестибулярной гиперрефлексией, наоборот, показатели экспериментального нистагма снижались: средняя амплитуда — с 23,7±2,2 до 16,6±2,3 мм, СМФ — с 56,7±3,8 до 37,9±3,5 град/с, уменьшилась продолжительность сенсорной и выраженность вегетативной реакций;

— у больных с вестибулярной асимметрией после проведенного курса лечения наблюдалось повышение вестибулярной активности со стороны пораженного лабиринта, а именно — увеличение средней амплитуды и СМФ нистагма, т. е. уменьшение проявлений асимметрии вестибулярных реакций. В то же время уменьшилась продолжительность сенсорной реакции и выраженность вегетативной реакции;

— у пациентов с диссоциацией экспериментальных вестибулярных реакций через 3 месяца после проведенного курса лечения нистагменная реакция носила более ритмичный характер, «немые» поля не регистрировались, отмечалось уменьшение СМФ нистагма с 25,8, ±2,8 до 34,8±1,8 град/с, продолжительности сенсорной реакции и выраженности вегетативной реакции (табл. 3).

Все методики проведенной нами терапии пациентам с болезнью Меньера в ближайшем периоде после лечения (через 3 месяца) оказались эффективными в разной степени, что касалось улучшения функционирования вестибулярного анализа-

тора. При этом более отчетливые позитивные изменения показателей наблюдались в 3-й группе пациентов, которым проводилось комплексное лечение. Тенденция к нормализации была заметна как у пациентов с гипорефлексией и гиперрефлексией, так и у больных с асимметрией и диссоциацией вестибулярной возбудимости. Однако данные исследования нельзя считать окончательными, учитывая волнообразное и длительное течение заболевания. В связи с этим целесообразным будет проведение дальнейших исследований в отдаленном периоде (через 12 — 18 месяцев).

Таким образом, при сравнении показателей экспериментального нистагма, полученных у больных с болезнью Меньера через 3 месяца после различных курсов лечения, отмечалась достоверная положительная динамика течения заболевания во всех группах пациентов, что проявлялось тенденцией к нормализации показателей экспериментального нистагма (частоты, амплитуды, скорости медленной фазы), сокращением продолжительности сенсорной реакции, существенным уменьшением вегетативных проявлений. При этом более отчетливые изменения показателей наблюдались в 3-й группе пациентов после комплексной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко О. М., Шевченко Т. О. Спосіб лікування пацієнтів з хворобою Мен'єра: пат. № 73224.
2. Сагалович Б. М., Пальчун В. Т. Болезнь Мен'єра. — М.: МИА, 1999.
3. Gates G. A. Meniere's disease review 2005 // J. Am. Acad. Audiol. — 2006. — № 17. — P. 16 — 26.
4. Michel O. Malattia di Meniere e alterazioni deUequilibrio. — Roma: CIC edizioni internazionali, 2000. — 267 p.
5. Neuhauser H. K. Epidemiology of vestibular vertigo // Neurology. — 2005. — № 65. — P. 898 — 904.
6. Oosterveld W. Current diagnostic techniques in vestibular disorders // Acta Otolaryngol. (Stockh.). — 1991. — Suppl. 479. — P. 29 — 34.
7. O'Reilly R., Elford B., Slater R. Effectiveness of the particle repositioning maneuver in subtypes of benign paroxysmal positional vertigo // Laryngoscope. — 2000. — Vol. 110. — P. 1385 — 1388.
8. Watanabe I. Menieres disease in males and females // Acta Otolaryngol. (Stockh.). — 1981. — Vol. 91. — P. 511 — 514.

## РЕЗЮМЕ

Т. А. Шевченко

**Состояние вестибулярной функции у пациентов с болезнью Меньера в ранние сроки после лечения**

Проведена оценка эффективности лечения пациентов с болезнью Меньера разными методиками по состоянию вестибулярной функции в ранние сроки (через 3 месяца) после лечения. Прослеживается положительная динамика течения заболевания во всех группах пациентов. Однако установлено, что наиболее эффективным методом является комплексная терапия, включающая пневмомассаж окон лабиринта и кинезитерапию. Показаны преимущества комплексной терапии над медикаментозным способом лечения по данным оценки вестибулярной дисфункции.

**Ключевые слова:** болезнь Меньера, вестибулярная дисфункция, гидропс лабиринта, комплексная терапия.

## SUMMARY

Т. А. Shevchenko

**Condition of vestibular function in patients with Meniere's disease for the early term after treatment**

The efficiency rating of the treatment in patients with Meniere's disease was performed with the help of different methods in accordance to vestibular function for the early term (in 3 months) after treatment. Improvement of clinical course was observed in all groups of patients. However, complex therapy became the most effective method which included pneumomassage of labyrinthine windows and kinesiotherapy. The article shows advantages of complex therapy over the medication therapy according to assessment of vestibular dysfunction.

**Key words:** Meniere's disease, vestibular dysfunction, labyrinthine hydrops, complex therapy.

© Г. А. Усенко, Д. В. Васендин, А. Г. Усенко, 2014 г.  
УДК [616.12-008.331.1-06:616.89]:612.123

**Г. А. Усенко, Д. В. Васендин,  
А. Г. Усенко**

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ АКТИВНОСТЬЮ ЛИПОПРОТЕИНАССОЦИИРОВАННОЙ ФОСФОЛИПАЗЫ-A2 И СОДЕРЖАНИЕМ ЛИПИДОВ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И ТРЕВОЖНОСТЬЮ

Сибирская государственная геодезическая академия, г. Новосибирск;  
Новосибирский государственный медицинский университет

В целях профилактики острого инфаркта миокарда (ОИМ), острого нарушения мозгового кровотока (ОНМК) и их осложнений первостепенное значение имеет изучение показателей липидного обмена у больных артериальной гипертензией (АГ), атеросклерозом и ишемической болезнью сердца [6]. Известно влияние психоэмоционального стресса на активацию факторов риска и изменение состояния липидного обмена [7]. С нарушением липидного обмена сочетается изменение активности липопротеинассоциированной фосфолипазы-A2 (ЛПФЛА2) [2]. К нарушениям липидного обмена относят повышение уровня общего холестерина (ОХ), липопротеинов низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности и снижение липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) [2, 6]. Липопротеин-

ассоциированная фосфолипаза-A2 — гидролаза, осуществляющая гидролиз триглицеридов (Тг), находящихся в составе хиломикрон и ЛПОНП до моноглицеридов и свободных жирных кислот [5]. Однако анализ результатов уникальных исследований ряда авторов [5, 8, 15, 17] не привел к однозначному заключению о связи между активностью ЛПФЛА2, содержанием липидов в крови и уровнем осложнений артериальной гипертензии.

**Цель** исследования — установить зависимость между содержанием липидов крови, уровнем осложнений и активностью ЛПФЛА2 у больных АГ с различным темпераментом и уровнем тревожности на фоне эмпирической антигипертензивной терапии (АГТ).

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В период с 1999 по 2014 г. в амбулаторных условиях обследованы 838 мужчин — инженерно-технических работников — в возрасте 44–62 лет (в среднем —  $54,2 \pm 1,8$  года), страдающих гипертонической (эссенциальной) болезнью II стадии (ГБ-II), 3 степени, риск 3. Наличие ГБ-II устанавливали на основании критериев, изложенных в [10]. У 96 % из обследованных отсутствовала сопутствующая патология. Средняя продолжительность АГ —  $11,6 \pm 1,4$  года. Контролем служили 485 здоровых мужчин, совместимых по основным антропосоциальным показателям. Пациенты принимали препараты антигипертензивной терапии, указанные в приказе № 254 от 22 ноября 2004 г. Минздравсоцразвития РФ [9]. Содержание в сыворотке крови ОХ, Тг определяли ферментными методами с применением фирменных наборов «CentrifChem-600», а содержание холестерина ЛПВП определяли после предварительного осаждения суммарной фракции ЛПНП и ЛПОНП на автоанализаторе