



Биологически активные добавки к пище в дополнение к антигипертензивной терапии: влияние на качество жизни больных артериальной гипертензией

О.А. Нагибович, Ю.В. Кравченко, Н.А. Щукина, О.Г. Шинкарева

Адрес для переписки: Олег Александрович Нагибович, olegnagibovich@mail.ru

Представлены результаты рандомизированного двойного слепого плацебоконтролируемого одноцентрового исследования в части, касающейся качества жизни пациентов с артериальной гипертензией 1-й и 2-й степени на фоне применения биологически активных добавок к пище АД Норма® форте и АД Норма® в комбинации с эналаприлом. Такая терапия эффективна, безопасна и хорошо переносится пациентами. Указанные комбинации улучшают качество жизни пациентов. АД Норма® форте повышает эмоциональный фон пациентов, нормализует настроение, снижает тревогу, проявления депрессии. АД Норма® улучшает физическое состояние пациентов, увеличивая физическую активность, снижает интенсивность болей.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, биологически активные добавки к пище, антигипертензивная терапия, качество жизни

Введение

Оценка личностных реакций на болезнь, внутренней картины болезни и тесно связанных с этими понятиями качества жизни (КЖ) и приверженности лечению является залогом успешного лечения больного. В отечественных рекомендациях последних лет [1] повышается роль комбинированной антигипертензивной терапии для достижения лучших результатов лечения и увеличения доли пациентов, имеющих целевой уровень артериального давления. Данный подход рекомендован большинству пациентов уже

на старте лечения. Если раньше около 50% врачей использовали тактику монотерапии в лечении пациентов с 1-й и 2-й степенью артериальной гипертензии (АГ) [2], то в настоящее время анализ предпочтения врачей в вопросе тактики назначения лекарственных средств показал, что подавляющее большинство специалистов (70%) предпочитают использовать комбинированную антигипертензивную терапию в лечении пациентов с АГ и лишь 28% врачей пытаются добиться целевых значений артериального давления с помощью монотерапии [3]. Опубликован-

ные нами ранее результаты проведенного исследования показали, что сочетание гипотензивного препарата и биологически активных добавок (БАД) к пище АД Норма® форте и АД Норма® может быть использовано у больных АГ 1-й и 2-й степени. Это сочетание более эффективно, чем только терапия ингибитором ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), снижает артериальное давление, безопасно, хорошо переносится пациентами и характеризуется хорошей приверженностью лечению. Последнее обстоятельство может быть обусловлено более высоким КЖ пациентов, получающих в дополнение к антигипертензивной терапии БАД к пище.

В последние годы КЖ интенсивно изучается у пациентов при различных заболеваниях. Рост интереса к этой проблеме обусловлен стремлением комплексно подойти к проблеме больного человека. Со стороны врача критерием успешного лечения АГ является достижение целевых уровней артериального давления и продление жизни пациента. Однако пациента зачастую беспокоят не цифры артериального давления, а слабость, повышенная утомляемость, ухудшение памяти, тревога, снижение настроения, потеря физической работоспособности. Бывает и так:



если субъективные симптомы дезадаптации нарастают, то, несмотря на «хорошие» гемодинамические показатели, пациент самостоятельно временно прекращает или вовсе отменяет лечение, назначенное врачом.

Для получения сопоставимых данных и их дальнейшего применения в клинической практике используются стандартными инструментами оценки КЖ – опросниками, которые разделяются на общие и специальные. Общие опросники имеют широкий охват компонентов КЖ и применяются для оценки КЖ у здоровых людей и при разных заболеваниях. Специальные опросники являются наиболее чувствительными для оценки КЖ при конкретном заболевании, так как учитывают специфические для нозологической формы компоненты. В разных областях медицины широко распространение получили такие методики оценки качества жизни, как шкала Карновского (Karnofsky), индекс благополучия Кэмпбелла (Campbell), лестница Кэнтрила (Cantrel), Ноттингемский профиль здоровья, профиль воздействия болезни, индекс Бартел (Barthel) и индекс общего психологического благополучия [4–6]. Наибольшей популярностью у исследователей пользуется инструмент, предложенный Всемирной организацией здравоохранения, – шкала SF-36 (The Short Form-36, неспецифический опросник для оценки КЖ пациента, краткая форма) [7]. Русская версия опросника SF-36 v.2^{mv} утверждена Межнациональным центром исследования качества жизни города Санкт-Петербурга.

Опросник состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

1. General Health (GH) – общее состояние здоровья, представляет собой оценку больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.
2. Physical Functioning (PF) – физическое функционирование,

отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.).

3. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

4. Role-Emotional (RE) – влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.).

5. Social Functioning (SF) – социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

6. Bodily Pain (BP) – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

7. Vitality (VT) – жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обесцененным).

8. Mental Health (MH) – самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Цель исследования

Настоящее исследование проведено для оценки антигипертензивного эффекта и безопасности 20-дневного курса применения БАД АД Норма® форте в дозе 1 капсула дважды в сутки в дополнение к терапии эналаприлом в дозе 10 мг однократно в сутки, а также 30-дневного курса применения БАД АД Норма® в дозе 1 капсула дважды в сутки в дополнение к приему эналаприла в дозе 10 мг однократно в сутки, в сравнении с применением только эналаприла в дозе 10 мг однократно в сутки у пациентов с АГ 1-й и 2-й степени. Одной из задач

данного клинического исследования явилось сравнение КЖ на фоне проводимой терапии.

Дизайн исследования

В июне – июле 2012 г. проведено одноцентровое, рандомизированное, двойное слепое исследование с плацебо-контролем в параллельных группах пациентов. Продолжительность участия в программе для каждого пациента составила от 35 до 45 суток (от 4 до 5 визитов). Исследование включало период скринингового отбора продолжительностью до 5 дней (с визита 1 по визит 2). Двадцатидневный двойной слепой период (с визита 2 по визит 3 для пациентов, получающих БАД АД Норма® форте) либо 30-дневный двойной слепой период (с визита 2 по визит 4 для пациентов, получающих БАД АД Норма® либо плацебо). Спустя 10 дней после получения последней дозы исследуемого БАД производился финальный визит (4 либо 5 соответственно) с целью выявления пролонгированных эффектов и возможного отдаленного развития нежелательных явлений. Пациенты во всех трех группах на протяжении всего участия в программе принимали эналаприл в дозе 10 мг/сут.

Материал и методы

После подписания информированного согласия в исследование были включены мужчины и женщины в возрасте от 18 до 75 лет, у которых ранее в условиях стационара был установлен диагноз АГ 1-й или 2-й степени. До включения в программу все больные получали антигипертензивное лечение в виде монотерапии. Основными критериями исключения являлись тяжелая АГ, протеинурия в анамнезе (более 0,3 г/сут), беременность, наличие в анамнезе нарушения мозгового кровообращения, вторичная АГ (вследствие коарктации аорты, гиперальдостеронизма, одностороннего стеноза почечной артерии, феохромоцитомы и т.д.), сахарный диабет 1-го типа, сердечная недостаточность III–IV функционального класса по классификации Нью-

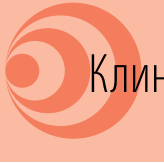


Таблица 1. Распределение больных по группам и их характеристика

Показатели	1-я группа – АД Норма® форте + эналаприл (n = 15)	2-я группа – АД Норма® + эналаприл (n = 15)	3-я группа – плацебо + эналаприл (n = 15)	p*
Пол, м/ж	11/4	10/5	12/3	НЗ
Возраст, лет	59,8 ± 10,4	59,7 ± 11	63,6 ± 8,9	НЗ
Длительность АГ, лет	10 (5; 15)	10 (4; 16)	9 (5; 25)	НЗ
Масса тела, кг	85 ± 11	95,8 ± 20,8	89,6 ± 10,5	НЗ
Сахарный диабет	2/15	7/15	7/15	НЗ

* Сравнение между 1-й и 2-й, 1-й и 3-й, 2-й и 3-й группами.
Примечание. НЗ – нет статистически значимых различий.

Таблица 2. Групповое сравнение больных 1, 2 и 3-й групп по значениям показателей качества жизни в начале исследования (ранговый Н-критерий Крускала – Уоллиса)

Показатель	N _{расч.}	Описательная статистика (M ± S)		
		1-я группа (n = 15)	2-я группа (n = 15)	3-я группа (n = 15)
GH (общее состояние здоровья)	1,586	61,1 ± 13,1	57,6 ± 16,8	53,5 ± 18,3
PF (способность выполнения физических нагрузок)	1,100	76 ± 20,6	71 ± 16,8	72 ± 21,8
RP (влияние физического состояния на ролевое функционирование)	5,176	63,3 ± 37,6	35 ± 39,9	68,3 ± 37,2
RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование)	2,266	58 ± 38,7	62,5 ± 35,1	77,9 ± 29,9
SF (социальное функционирование)	3,954	46,1 ± 11,2	41 ± 12	51,1 ± 12,9
BP (интенсивность боли и ее влияние на повседневную деятельность)	2,227	67,3 ± 23,8	53,9 ± 20,7	60,1 ± 28,4
VT (жизнеспособность)	0,319	60,7 ± 16,5	59,3 ± 19,5	64,3 ± 15,6
MH (самооценка психического здоровья)	0,752	59,5 ± 10,9	62,7 ± 18,4	65,1 ± 17,3

Примечание. N_{табл.} = $\chi^2 = 5,991$; групповое различие признается статистически значимым ($p < 0,05$) при N_{расч.} > N_{табл.}

Йоркской ассоциации кардиологов (New York Heart Association – NYHA), инфаркт миокарда в течение 6 месяцев до визита 1. Рандомизацию больных проводили методом последовательных номеров. Всего было скринировано 57 пациентов, подписали информированное согласие и были рандомизированы 45 больных, завершили исследование 45 пациентов, из них 2 человека досрочно окончили участие в программе по причине убытия в отпуск (табл. 1).
Оценку КЖ проводили на основании заполнения опросника SF-36. Каждый визит начинался с того, что пациент самостоятельно заполнял опросник, после чего проводилось объективное и инструментальное обследование, забор крови и мочи. За время участия в программе каждый пациент заполнил опросник три (1-я группа) либо четыре раза (2-я и 3-я группы).
Результаты представлены в случае распределения данных близко к нормальному в виде $M \pm S$, где

M – средняя величина изучаемого параметра, S – оценка стандартного отклонения. В случае если распределение данных было отлично от нормального распределения, результаты представлены в виде Me (25%; 75%), где Me – медиана изучаемого параметра, (25%; 75%) – интерквартильный размах. Непараметрические методы Манна – Уитни (для независимых групп), Вилкоксона (для связанных групп) и ранговый Н-критерий Крускала – Уоллиса использовали при сравнении данных с распределением, не являвшимся нормальным. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.
Анализ проводили исходя из допущения, что все больные принимали БАД/плацебо и ингибитор АПФ без каких-либо дополнительных антигипертензивных препаратов. За весь период наблюдения средняя комплаентность в 1-й группе для АД Норма® форте составила 91,2%, для эналаприла – 97,2%.

Во 2-й группе комплаентность для АД Норма® составила 103,8%, для эналаприла – 95,7%. В 3-й группе средняя комплаентность для плацебо составила 119,5%, для эналаприла – 92,9%.

Результаты исследования

На момент включения в программу лечения 1, 2 и 3-я группы пациентов были статистически неразличимы по показателям КЖ, то есть вошли в эксперимент с сопоставимыми стартовыми признаками (все расчетные значения статистики Н оказались меньше порогового значения 5,991) (табл. 2).

Для выявления возможной динамики показателей КЖ в ходе исследования осуществлялось последовательно групповое и стягивающее сравнение их значений на различных этапах эксперимента: КЖ2 – в день, предшествующий началу применения БАД/плацебо; КЖ3 – по истечении 20 дней применения; КЖ4 – по истечении 30 дней применения; КЖ5 – по истечении 40 дней от начала приема БАД/плацебо (через 10 дней после последнего дня приема БАД/плацебо).

Использование БАД в течение 20 либо 30 дней сопровождалось различной степенью повышения показателей КЖ во всех группах пациентов, получавших БАД к пище (рис. 1). Напротив, в группе сравнения такой динамики не наблюдалось.

В 1-й группе пациентов, принимающих эналаприл в сочетании с АД Норма® форте, стягивающий сравнительный анализ выявил статистически значимое изменение показателя самооценки психического здоровья (MH) (табл. 3).

Во 2-й группе стягивающий сравнительный анализ подтвердил, что у больных, принимающих эналаприл в сочетании с АД Норма® в течение 30 суток, статистически значимо изменились два показателя – влияние физического состояния на ролевое функционирование (RP) и интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома (BP) (табл. 4).



С учетом того что исходно по стартовым значениям показателей КЖ обследованные группы пациентов в целом не отличались, нам представлялось целесообразным проанализировать, каким образом изменилось КЖ после завершения приема БАД/плацебо: на этапе КЖ3 для 1-й группы, на этапе КЖ4 для 2-й группы, на этапе КЖ4 для 3-й группы. В таблице 5 и на рис. 2 представлены результаты группового сравнения. По данным табл. 5 и рис. 2 статистически значимого различия КЖ между группами больных после завершения приема БАД выявлено не было (все расчетные значения статистики Н оказались меньше порогового значения 5,991).

Обсуждение

Во многих исследованиях изучается только эффективность лекарственного препарата, но не учитывается удовлетворенность пациентов проводимой терапией, что особенно важно при выборе лекарственных средств с одинаковой клинической эффективностью. Препараты, которые, по данным клинических исследований, улучшают или оказывают нейтральное влияние на КЖ пациентов, имеют несомненные преимущества [8]. Мы отдавали себе отчет в том, что психические и физические показатели КЖ не будут очень лабильными у наших пациентов. Во-первых, потому, что исходно включенные в клиническое исследование больные не были обременены тяжелыми хроническими заболеваниями. Во-вторых, сочетание БАД и антигипертензивной терапии назначалось на короткий период времени (от 20 до 30 суток), в целом терапия не была агрессивной (используемые средства отличаются «мягким» действием, их дозы не превышали максимально допустимые). В-третьих, для оценки КЖ использовался общий, а не специальный для АГ опросник. В этой связи нам хорошо известно мнение некоторых авторов о низкой чувствительности общих опросников при АГ в сравнении со специальными. Так, в одном клиническом исследовании

при сравнении КЖ больных, получавших БАД к пище или витаминно-минеральный комплекс с целью стабилизации артериального давления, при помощи опросника SF-36 не было установлено различий между сравниваемыми группами от начала до конца наблюдений ни по одной из 8 шкал психического и физического функционирования [9]. Мы согласны с тем, что сочетание двух типов опросников позволяет лучше выявить, какие сферы жизни пациента затрагивает заболевание, и определить возможности их коррекции [10]. Однако данный подход не всегда эффективен, поскольку исходно все вышеперечисленные опросники были предложены для зарубежных пациентов, а потом адаптированы для наших соотечественников, менталитет которых иной.

Данные о КЖ больных, получающих для снижения артериального давления растительные препараты, например экстракт боярышника, противоречивы. Показано, что, даже когда данный экстракт назначался более продолжительный период (16 недель), в дозе (1200 мг/сут), значительно превышающей дозу экстракта боярышника в составе используемых нами БАД, пациенты не отмечали существенной разницы в КЖ, оцененном по опроснику общего самочувствия и эмоционального благополучия С. Bradley (The Well-

Being Questionnaire) [11]. Вместе с тем в это исследование были включены только больные, страдающие сахарным диабетом 2-го типа, а в нашем исследовании они не составляли большинства в каждой группе. Кроме того, в состав БАД к пище, использованных нами, кроме боярышника входили и другие компоненты. АД Норма® дополнительно содержит порошок плодов черноплодной яблони

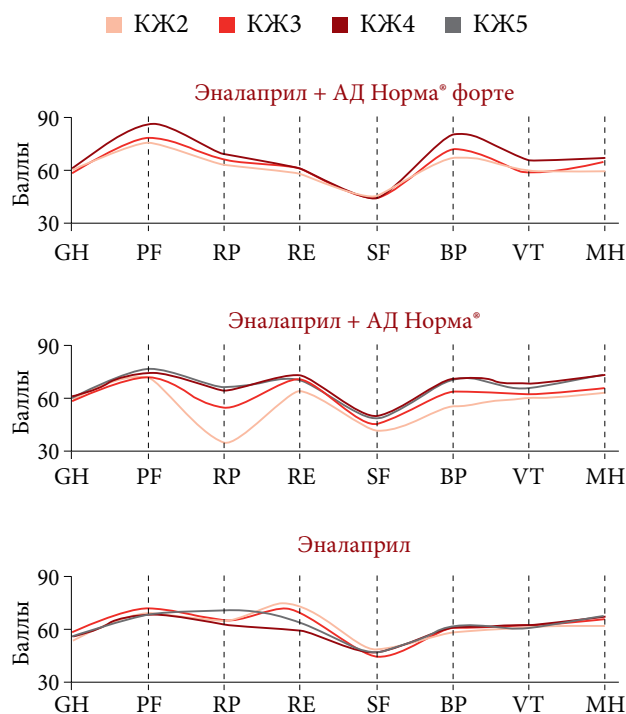
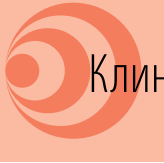


Рис. 1. Изменение средних значений показателей качества жизни в ходе применения БАД/плацебо

Таблица 3. Динамика показателей качества жизни у больных, принимавших АД Норма® форте в дополнение к антигипертензивной терапии (ранговый U-критерий Манна – Уитни)

Показатель	U _{расч.}	Описательная статистика (M ± S) и средний ранг с поправкой			
		КЖ2		КЖ4	
		M ± S	ранг	M ± S	ранг
GH (общее состояние здоровья)	96,5	61,1 ± 13,1	96,5	60,8 ± 14	98,5
PF (способность выполнения физических нагрузок)	68,5	76 ± 20,6	68,5	86,5 ± 12,8	126,5
RP (влияние физического состояния на ролевое функционирование)	88,5	63,3 ± 37,6	88,5	69,2 ± 32,5	106,5
RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование)	94,5	58 ± 38,7	94,5	61,1 ± 35,4	100,5
SF (социальное функционирование)	106,5	46,1 ± 11,2	106,5	44,5 ± 8,1	88,5
BP (интенсивность боли и ее влияние)	68,0	67,3 ± 23,8	68	79,8 ± 24,4	127
VT (жизнеспособность)	82,0	60,7 ± 16,5	82	65,8 ± 14,6	113
MH (самооценка психического здоровья)	53,0*	59,5 ± 10,9	53	67,1 ± 13,7	142

Примечание. U_{табл.} = 55; U_{расч.} < U_{табл.}, то есть различия признаются статистически значимыми (p < 0,05).



ны, а АД Норма® форте – экстракт плодов черноплодной рябины, бутаны софоры японской, сушеницу топяную, витамины С и Е, окись магния и цитрат калия.

Данные ингредиенты обладают не только антиоксидантным свойством, повышают тонус миокарда,

несколько усиливая сокращения сердечной мышцы, уменьшают возбудимость миокарда, устраняют спазмы сосудов, способствуют укреплению стенок кровеносных сосудов, улучшая их упругость и эластичность, но и влияют на состояние центральной нервной системы. Так, ранее было показано, что, например, боярышник в исследованиях на людях и животных демонстрирует седативный эффект от слабого до умеренного [12, 13]. Известно также, что экстракт сушеницы используется и как антигипертензивное средство, и как фитопрепарат для лечения невралгий.

В когортном исследовании экстракт боярышника применялся для лечения сердечной недоста-

точности, в том числе у пациентов, страдающих АГ [14]. Качество жизни этих больных подвергалось мониторингу каждые 6 месяцев в течение двух лет с помощью специального для хронической недостаточности (Миннесотский опросник) и общего (EuroQoL-VAS) инструментов. Отмечалась лишь тенденция к положительному влиянию, но ни один из опросников не показал статистически значимого улучшения КЖ.

В нашем клиническом исследовании было выявлено улучшение КЖ в обеих группах, принимавших БАД к пище, что не наблюдалось у больных, принимавших плацебо. Однако улучшение достигалось за счет разных составляющих КЖ. Данный факт, на наш взгляд, был обусловлен не столько неодинаковым составом БАД к пище, который был более разнообразен в 1-й группе пациентов, сколько продолжительностью курса приема БАД в сочетании с антигипертензивным препаратом. Так, когда БАД АД Норма® форте использовали в течение более короткого периода времени (20 суток), КЖ изменилось только за счет эмоционального компонента. Более длительное (30 суток) применение средства АД Норма®, даже в средней рекомендованной дозе, улучшало показатели КЖ уже по двум параметрам: RP – влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности) и BP – интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, что в целом улучшило физическое состояние пациентов, увеличивая их физическую активность и снижая интенсивность болей. В целом можно констатировать, что изученные БАД к пище улучшают качество жизни больных, влияя на выраженность неприятных симптомов, сопровождающих АГ.

Выводы

1. БАД к пище АД Норма® форте и АД Норма® улучшают КЖ у больных с АГ (в том числе у па-

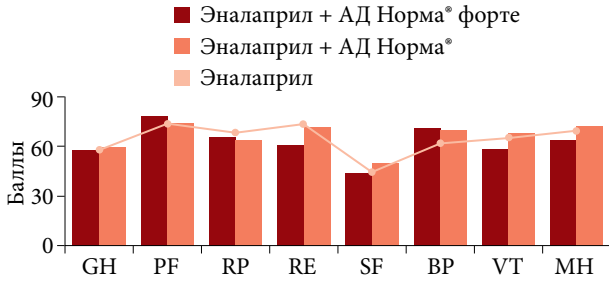


Рис. 2. Средние значения показателей качества жизни в группах после завершения приема БАД/плацебо

Таблица 4. Динамика показателей качества жизни у больных, принимавших АД Норма® в дополнение к антигипертензивной терапии (ранговый U-критерий Манна – Уитни)

Показатель	U _{расч.}	Описательная статистика (M ± S) и средний ранг с поправкой			
		КЖ2		КЖ4	
		M ± S	ранг	M ± S	ранг
GH (общее состояние здоровья)	105,5	57,6 ± 16,8	105,5	59,3 ± 16,4	119,5
PF (способность выполнения физических нагрузок)	93,5	71 ± 16,8	93,5	73,3 ± 24,3	131,5
RP (влияние физического состояния на ролевое функционирование)	63,5*	35 ± 39,9	63,5	63,7 ± 38,5	161,5
RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование)	96,5	62,5 ± 35,1	96,5	71,3 ± 35,1	128,5
SF (социальное функционирование)	67,0	41 ± 12	67	49,3 ± 8,9	158
BP (интенсивность боли и ее влияние)	64,0*	53,9 ± 20,7	64	69,8 ± 25,6	161
VT (жизнеспособность)	77,0	59,3 ± 19,5	77	67,3 ± 19,5	148
MH (самооценка психического здоровья)	79,5	62,7 ± 18,4	79,5	71,7 ± 17,5	145,5

Примечание. U_{табл.} = 65,3; U_{расч.} < U_{табл.}, то есть различия признаются статистически значимыми (p < 0,05).

Таблица 5. Групповое сравнение больных по значениям показателей качества жизни после завершения приема БАД/плацебо (ранговый H-критерий Крускала – Уоллиса)

Показатель	H _{расч.}	Описательная статистика (M ± S)		
		группа 1 (КЖ3)	группа 2 (КЖ4)	группа 3 (КЖ4)
GH (общее состояние здоровья)	0,587	57,5 ± 16,3	59,3 ± 16,4	58,2 ± 15,9
PF (способность выполнения физических нагрузок)	0,369	77,7 ± 19,4	73,3 ± 24,3	74 ± 20,5
RP (влияние физического состояния на ролевое функционирование)	0,038	65 ± 35,1	63,7 ± 38,5	68,3 ± 30,6
RE (влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование)	1,193	60,3 ± 36	71,3 ± 35,1	73,5 ± 33,6
SF (социальное функционирование)	2,667	43,1 ± 14,6	49,3 ± 8,9	45,3 ± 15,6
BP (интенсивность боли и ее влияние)	1,308	70,8 ± 23,3	69,8 ± 25,6	62 ± 23,7
VT (жизнеспособность)	4,128	58,3 ± 16,8	67,3 ± 19,5	65 ± 16,3
MH (самооценка психического здоровья)	4,213	63,7 ± 12,8	71,7 ± 17,5	69,6 ± 15,1

Примечание. H_{табл.} = $\chi^2 = 5,991$; групповое различие признается статистически значимым (p < 0,05) при H_{расч.} > H_{табл.}.



циентов, страдающих сахарным диабетом 2-го типа) при использовании их в дополнение к постоянному приему ингибитора АПФ.

2. При использовании вместе с антигипертензивным препаратом БАД к пище АД Норма® форте и АД Норма® равноэффектив-

ны в отношении влияния на КЖ у больных АГ 1-й и 2-й степени.

3. Добавление к антигипертензивной терапии АД Норма® форте приводит к улучшению КЖ по показателю МН – самооценка психического здоровья, что улучшает эмоциональный фон пациентов,

нормализует настроение, снижает тревогу, проявления депрессии.

4. Добавление АД Норма® к антигипертензивной терапии улучшает КЖ по шкале физического состояния пациентов, увеличивая физическую активность и снижая интенсивность болей. ☺

Литература

1. Российское медицинское общество по артериальной гипертензии (РМОАГ), Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК). Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр). М., 2010.
2. Леонова М.В., Белоусов Д.Ю. Аналитическая группа исследования ПИФАГОР. Первое Российское фармакоэпидемиологическое исследование артериальной гипертензии // Качественная клиническая практика. 2002. № 3. С. 47–53.
3. Леонова М.В., Белоусов Д.Ю., Штейнберг Л.Л. и др. Аналитическая группа исследования ПИФАГОР III. Первые результаты фармакоэпидемиологического исследования артериальной гипертензии ПИФАГОР III // Качественная клиническая практика. 2010. № 1. С. 54–60.
4. Beusterien K.M., Steinwald B., Ware J.E. Jr. Usefulness of the SF-36 Health Survey in measuring health outcomes in the depressed elderly // J. Geriatr. Psychiatry Neurol. 1996. Vol. 9. № 1. P. 13–21.
5. Bowling A., Bond M., Jenkinson C., Lamping D.L. Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey // J. Public Health Med. 1999. Vol. 21. № 3. P. 255–270.
6. Gabriel S.E., Kneeland T.S., Melton L.J. 3rd et al. Health-related quality of life in economic evaluations for osteoporosis: whose values should we use? // Med. Decis. Making. 1999. Vol. 19. № 2. P. 141–148.
7. Ware J.E., Kosinski M., Dewey J.E. How to score version two of the SF-36 health survey. Lincoln, RI: QualityMetric, Inc., 2000.
8. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях // Качественная клиническая практика. 2002. № 1. С. 53–57.
9. Lewis J.E., Woolger J., Konefal J. et al. The effect of a plant-based supplement on hypertension and other indicators of cardiovascular disease // JANA. 2010. Vol. 13. № 1.
10. Côté I., Grégoire J.P., Moisan J. Health-related quality-of-life measurement in hypertension. A review of randomised controlled drug trials // Pharmacoeconomics. 2000. Vol. 18. № 5. P. 435–450.
11. Walker A.F., Marakis G., Simpson E. et al. Hypotensive effects of hawthorn for patients with diabetes taking prescription drugs: a randomised controlled trial // Br. J. Gen. Pract. 2006. Vol. 56. № 527. P. 437–443.
12. Verma S.K., Jain V., Verma D., Khamesra R. Crataegus oxyacantha – a cardioprotective herb // J. Herbal Med. Toxicol. 2007. Vol. 1. № 1. P. 65–71.
13. Elango C., Jayachandaran K.S., Niranjali Devaraj S. Hawthorn extract reduces infarct volume and improves neurological score by reducing oxidative stress in rat brain following middle cerebral artery occlusion // Int. J. Dev. Neurosci. 2009. Vol. 27. № 8. P. 799–803.
14. Habs M. Prospective, comparative cohort studies and their contribution to the benefit assessments of therapeutic options: heart failure treatment with and without Hawthorn special extract WS 1442 // Forsch. Komplementarmed. Klass. Naturheilkd. 2004. Vol. 11. Suppl. 1. P. 36–39.

Nutritional supplements in hypertensive patients already receiving antihypertensive therapy: effects on quality of life

O.A. Nagibovich, Yu.V. Kravchenko, N.A. Shchukina, O.G. Shinkareva

Military Medical Academy of S.M. Kirov of the Ministry of Defence of Russia, Saint Petersburg

Contact person: Oleg Aleksandrovich Nagibovich, olegnagibovich@mail.ru

The article presents the results of randomized, double blind, placebo-controlled, single-center study in so far as they relate to the quality of life of hypertensive patients on enalapril-based therapy taking nutritional supplements AD Norma® forte and AD Norma. These nutritional supplements were characterized by good efficacy/tolerability and positive influence on patients' quality of life. AD Norma® forte improved emotional status and mood, reduced anxiety and depression. Use of AD Norma® was associated with improved physical status and functioning, reduced pain.

Key words: arterial hypertension, nutritional supplements, antihypertensive therapy, quality of life

кардиология и ангиология