

**Б.А. Ребров**  
**И.И. Благинина**  
**О.А. Реброва**

ГУ «Луганский  
 государственный  
 медицинский университет»

## ДЕЗАДАПТИВНОЕ РЕАГИРОВАНИЕ НА БОЛЕЗНЬ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ДИНАМИКУ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

### Ключевые слова:

псориатический  
 артрит, качество жизни,  
 психологическое  
 реагирование на заболевание,  
 болевой синдром.

*Цель исследования — изучение качества жизни и оценка влияния психосоматических нарушений на динамику болевого синдрома у пациентов с псориатическим артритом, характера их психологического реагирования на болезнь. У 46 больных псориатическим артритом исследовали качество жизни по опроснику HAQ и шкале SF-36, характер психологического реагирования на заболевание по методике психологической диагностики типов отношения к болезни, оценивали выраженность суставного синдрома. В зависимости от типов отношения к заболеванию пациенты были распределены на две группы: в 1-ю вошли 27 человек с неадекватным (дезадаптивным) типом отношения к болезни, а во 2-ю — 19 с адекватным реагированием на заболевание. Установлено, что участники 1-й группы изначально имели более низкие показатели качества жизни, чем лица с благоприятным типом отношения к болезни, несмотря на отсутствие достоверных различий между ними в показателях активности воспалительного процесса. Изучение интенсивности болевого синдрома и активности воспалительного процесса в динамике выявило более значимое улучшение в группе пациентов без психосоматических нарушений, что подтверждает влияние неадекватного типа психологического реагирования на субъективное восприятие тяжести болезни.*

### ВВЕДЕНИЕ

Псориатический артрит (ПсА) — хронический прогрессирующий системный воспалительный процесс, ассоциированный с псориазом, который характеризуется преимущественной локализацией его в тканях опорно-двигательного аппарата и приводит к развитию эрозивного артрита, внутрисуставного остеолита и спондилоартрита (Gladman D.D. et al., 2005; Свінціцький А.С., 2008).

Болевой синдром при ПсА является тем самым фактором, который значительно ухудшает качество жизни (КЖ) пациентов (Лысенко Г.И., Ткаченко В.И., 2007). В его формировании участвуют несколько составляющих — ноцицептивная боль, связанная с активацией неинкапсулированных нервных окончаний провоспалительными медиаторами; невропатическая боль, обусловленная повреждением или изменением состояния соматосенсорной (периферических и/или центральных отделов) системы и психогенная боль, на формирование которой влияют те или иные особенности личности пациента (Katz W.A., 2000; Waheed A. et al., 2006).

Хронический болевой синдром у пациентов с внутренним психологическим конфликтом способствует усугублению психосоциальной дезадаптации, снижению порога болевой чувствительности, способствует развитию множества сопут-

ствующих расстройств — хронической усталости, нарушению сна, ухудшению настроения, что в результате формирует у пациента неправильную стратегию борьбы с болезнью и снижает эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, направленных на лечение основного заболевания (Вассерман Л.И. и соавт., 2005).

Это положение подтверждают данные мировой научной литературы о влиянии отношения человека к болезни (реакция личности на болезнь), его душевного состояния, воли, активной позиции, направленной на борьбу с недугом на общий успех лечения (Мухин Е.И., 1990).

От того, как пациент относится к своему заболеванию, зависит общий успех лечения. Отношение к болезни включает: знание о болезни, понимание ее роли в жизненном функционировании пациента, ощущения и переживание боли, ощущение сложившейся ситуации и ее игнорирование, принятие роли больного и выработка стратегии поведения в связи с болезнью, активная борьба с болезнью (McCracken L. et al., 2004).

Следует учитывать, что понимание типа реагирования пациента на заболевание поможет сделать союз врача и пациента более эффективным, способствующим психологическому благополучию обоих участников лечебного процесса. Поскольку динамика интенсивности боли является одним

из показателей ответа на проводимую терапию и критериев ремиссии у пациентов с ПсА, то изучение особенностей психологического реагирования на болезнь должно быть неотъемлемой составляющей диагностического и лечебно-реабилитационного процесса у данной категории пациентов (Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М., 2003).

Цель и задачи данной работы — изучение качества жизни и оценка влияния психосоматических нарушений на динамику болевого синдрома у пациентов с ПсА, характера их психологического реагирования на болезнь.

## ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование было включено 46 больных с установленным в соответствии с критериями CASPAR 2006 (Taylor W. et al., 2006) диагнозом ПсА (17 мужчин и 29 женщин), в возрасте 30–59 лет (средний возраст —  $44,5 \pm 1,14$  года), средней продолжительностью псориаза —  $16,2 \pm 1,0$  года, давностью ПсА —  $9,4 \pm 0,55$  года. У 76% пациентов заболевание дебютировало с кожного синдрома, у 13% — с суставного, у 11% — с кожно-суставного. У всех пациентов в воспалительный процесс были вовлечены периферические суставы. По распространенности поражений преобладал полиартрит — 34 (74%) случая, а олигоартрит установлен в 12 случаях. I степень активности воспалительного процесса установлена в 15 (32,6%) случаях, II — в 26 (56,5%), III — в 5 (10,9%). I, II, III и IV рентгенологическая стадия заболевания — соответственно в 54,5; 26; 15,2 и 4,3% случаев.

Критерии включения в обследование: число болезненных суставов (ЧБС)  $\geq 3$ ; стабильная доза базисных препаратов на протяжении не менее 6 мес или отсутствие базисной терапии в течение 3 мес; в случае приема НПВП — стабильная доза препарата в течение 1 мес до начала исследования.

При обследовании пациентов оценивали ЧБС и припухших суставов (ЧПС), регистрировали оценку больным и врачом состояния здоровья пациента (СЗП) по 100-мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ), а также оценку выраженности утренней скованности и болевого синдрома по ВАШ (пациент); определяли скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и уровень С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови.

Оценку качества жизни (КЖ) пациентов проводили по Стенфордскому опроснику оценки состояния здоровья HAQ (Bruce B., Fries J.F., 2005), а так же по Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), который включает 36 вопросов, отражающих 8 концепций (шкал) здоровья: физическую работоспособность (Physical Functioning — PF), влияние физического состояния на повседневную деятельность (Role-Physical Functioning — RP), интенсивность боли (Bodily pain — BP), общее состояние здоровья (General Health — GH), жизненную активность (Vitality — VT), социальное функционирование (Social Functioning — SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional — RE), психическое

здоровье (Mental Health — MH). В целом вопросы опросника формируют два компонента здоровья: физический (Physical health — PH) и психический (MH). После проведения шкалирования результаты выражают в баллах от 0 до 100 по каждой из 8 шкал. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по избранной шкале (Ware J.E., 2000; Новик А.А., Ионова Т.И., 2002).

Характер психологического реагирования на заболевание определялся по методике психологической диагностики типа отношения к болезни (ТОБ), разработанной в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И. и соавт., 2005). Данная методика отражает личностное реагирование на болезнь и позволяет выявлять пациентов с дезадаптивными типами реагирования на заболевание.

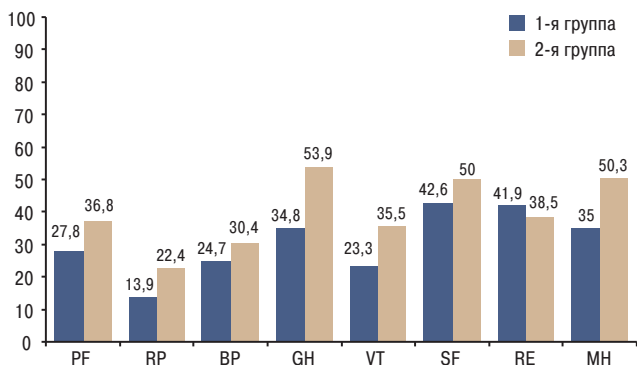
Статистический анализ полученных данных выполнен при помощи компьютерного пакета программ Statistica (StatSoft Inc., США, версия 6.0).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На момент начала обследования большинство пациентов — 31 человек (67,4%) получали непрерывную базисную терапию — сульфасалазин в дозе 2 г/сут в 2 приема или метотрексат 12,5–15 мг/нед на протяжении от 9 мес до 6,5 года.

У 27 (58,7%) пациентов выявлен неадекватный ТОБ. Из них 23 случая составили пациенты с интрапсихическим вариантом направленности реагирования на болезнь (второй блок реагирования). При этом доминировал смешанный ТОБ (11 случаев) с преобладанием тревожно-ипохондрического и тревожно-неврастенического типов; в 2 случаях зарегистрирован диффузный ТОБ, среди оставшихся пациентов тревожный — 5 наблюдений, меланхолический и неврастенический — по 2, ипохондрический — 1 случай. В третий блок реагирования вошли 4 пациента с сенситивным типом отношения (интерпсихический вариант), для которых характерно дезадаптивное поведение с гетероагрессивными тенденциями в отношении окружающих, нарушение социального функционирования. Все эти пациенты были включены в 1-ю группу наблюдения, а оставшиеся 19 больных ПсА с адекватным ТОБ (первый блок реагирования) составили 2-ю группу.

При оценке КЖ по опроснику SF-36 установлено (рисунок), что адекватный тип реагирования на заболевание, при котором социальная и психологическая дезадаптация наименее выражены, более благоприятно отражается на исследуемых показателях. А именно, у пациентов 2-й группы все составляющие КЖ выше, по сравнению с больными 1-й группы, у которых диагностирован неадекватный ТОБ. Наиболее низкими в 1-й группе пациентов являлись показатели RP и VT, первый из которых отражает влияние физического состояния на повседневную деятельность, а второй — общую жизненную активность пациентов.



**Рисунок.** Показатели КЖ (опросник SF-36) у больных

В целом физический компонент РН и психологический компонент здоровья МН у больных 2-й группы достоверно выше ( $p=0,011$ ;  $p=0,008$  соответственно), чем в 1-й группе (табл. 1). Показатели индекса HAQ в группах достоверных различий не имели ( $p=0,7$ ).

**Таблица 1**  
Сравнительная оценка качества жизни (SF-36, HAQ) в группах больных ПСА

Группа	РН		МН		HAQ	
	M±m	W, p	M±m	W, p	M±m	W, p
1-я	27,8±0,72	2,54;	35,5±1,8	2,66;	1,02±0,07	0,38;
2-я	32,0±1,0	0,011	39,8±1,0	0,008	0,94±0,069	0,7

Следует отметить, что средняя длительность псориаза у больных 1-й группы была достоверно выше ( $W=2,05$ ;  $p=0,04$ ), чем во 2-й группе (соответственно  $17,44±1,29$  и  $14,4±1,23$  года). Относительно продолжительности ПСА также выявлена достоверно бо́льшая ( $W=2,2$ ;  $p=0,026$ ) длительность заболевания в 1-й группе ( $10,08±0,67$  года), чем во 2-й ( $8,3±0,76$  года).

Пациенты в группах не различались по ЧБС ( $W=1,55$ ;  $p=0,12$ ), ЧПС ( $W=1,4$ ;  $p=0,16$ ), оценке состояния здоровья пациентом и врачом ( $W=1,92$ ;  $p=0,055$ ;  $W=0,48$ ;  $p=0,63$  соответственно), однако различались (с более негативными показателями у больных 1-й группы) по выраженности утренней скованности и болевого синдрома по ВАШ, оцениваемых пациентом (соответственно  $W=2,03$ ;  $p=0,042$ ;  $W=2,11$ ;  $p=0,035$ ). По уровню СОЭ и СРБ группы различий не имели ( $W=0,4$ ;  $p=0,69$ ;  $W=0,94$ ;  $p=0,35$  соответственно).

С целью уменьшения выраженности суставного и кожного синдромов, энтезитов, замедления рентгенологического прогрессирования, улучшения КЖ всем больным обеих групп дополни-

тельно к получаемой на момент начала обследования базисной терапии, был назначен препарат лефлуноמיד в дозе 20 мг 1 раз в сутки, который пациенты получали на протяжении всего периода наблюдения.

Оценку переносимости терапии проводили через 4 нед, а эффективность — по окончании периода наблюдения (12 нед). Эффективность проводимого лечения оценивали в соответствии с критериями ACR 20, модифицированными для ПСА (Mease P.J. et al., 2004), показателями СРБ, СОЭ, а также изменениями КЖ (опросники SF-36, HAQ).

Непереносимость лефлуномида зарегистрирована в 1 случае (4-я неделя приема) — пациент в дальнейшем был исключен из группы наблюдения (1-я группа). Таким образом, из 46 пациентов, включенных в исследование, завершили исследование 45 лиц: 1-я группа — 26 пациентов, 2-я группа — 19.

По окончании периода наблюдения в группе пациентов с адекватными типами реагирования на болезнь выявлено значительное улучшение практически по всем исследуемым показателям клинико-лабораторной активности (табл. 2). Так, достоверно снизились показатели ЧБС и ЧПС ( $p=0,0033$ ,  $p=0,012$  соответственно), оценка СЗП врачом и больным ( $p<0,001$ ,  $p=0,0021$ ). Пациенты отмечали достоверное ( $p<0,001$ ) уменьшение интенсивности боли по ВАШ. Следует отметить значительное улучшение функциональной способности больных, о котором свидетельствует достоверное ( $p=0,0022$ ) уменьшение HAQ, а также снижение активности воспалительного процесса — достоверно значимое уменьшение показателей СОЭ и СРБ ( $p=0,004$ ,  $p=0,021$  соответственно).

В 1-й группе, в которую входили пациенты с дезадаптивными типами реагирования на болезнь, также зарегистрирована позитивная динамика исследуемых показателей. Установлено достоверное уменьшение ЧБС и ЧПС ( $p=0,0015$ ,  $p=0,012$ ), улучшение СЗП при оценке показателя врачом ( $p<0,001$ ), значимое снижение СОЭ и СРБ ( $p<0,001$ ,  $p=0,0022$ ). Однако при оценке самими пациентами выраженности боли, СЗП по ВАШ и функциональной способности (HAQ) достоверной позитивной динамики не выявлено (соответственно  $p=0,073$ ,  $p=0,068$ ,  $p=0,067$ ). Это свидетельствует о негативном влиянии пассивности

**Таблица 2**

Динамика клинико-лабораторных показателей в группах больных ПСА (M±m)

Показатель	1-я группа		2-я группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
ЧБС	6,5±0,62	5,3±0,41*	7,1±0,55	5,68±0,47*
ЧПС	3,3±0,43	2,7±0,3*	3,8±0,46	3,26±0,36*
СЗП (врач), мм	55,3±3,0	51,2±2,5*	56,2±3,35	50,05±2,4*
СЗП (пациент), мм	62,8±3,5	61,6±3,2	55,4±3,32	50,5±2,8*
Оценка боли, мм	62,4±2,68	60,9±2,33	54,3±2,93	49,6±2,65*
Скованность, мм	66,0±3,23	63,9±2,8	53,7±3,08	51,6±2,8
HAQ, баллов	1,02±0,07	0,99±0,068	0,94±0,069	0,85±0,064*
СОЭ, мм/ч	26,3±1,3	21,9±1,0*	27,53±1,56	23,1±1,3*
СРБ, мг/л	7,6±0,64	6,8±0,47*	6,4±0,31	6,08±0,28*

\*Достоверность изменений показателей в группах ( $p<0,05$ ) в сравнении с начальными значениями.

данных пациентов, отсутствии у них активной позиции, направленной на борьбу с заболеванием (следствие их повышенной тревожности и мнительности) на конечную эффективность проводимой терапии.

## ВЫВОДЫ

У пациентов с неадекватными типами реагирования на заболевание показатели КЖ достоверно хуже, чем в группе с адекватными типами отношения к болезни. Пациенты с дезадаптивным реагированием на болезнь изначально более негативно оценивают свое состояние, чем лица с благоприятным типом отношения к болезни, несмотря на отсутствие между ними достоверных различий в показателях активности воспалительного процесса.

Исследование динамики интенсивности болевого синдрома и показателей активности воспалительного процесса у больных ПсА демонстрирует более значимое улучшение в группе пациентов без психосоматических нарушений, что подтверждает влияние неадекватного типа психологического реагирования на субъективное восприятие тяжести болезни.

В дальнейшем для достижения более высокой эффективности терапии ПсА у пациентов целесообразно исследование типов психологического реагирования на болезнь и, при выявлении лиц с неадекватными вариантами отношения к болезни, оказание им дополнительной медико-социальной помощи с целью коррекции психосоматического статуса.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М.** (2003) Методология оценки качества жизни в практике ревматолога. Науч.-практ. ревматология, 2: 72–76.
- Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. и др.** (2005) Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. Санкт-Петербург, 32 с.
- Лысенко Г.И., Ткаченко В.И.** (2007) Проблема боли в общей врачебной практике. Медкнига, Киев, 196 с.
- Мухин Е.И.** (1990) Структурные, функциональные и нейрохимические основы сложных форм поведения. Медицина, Москва, 240 с.
- Новик А.А., Ионова Т.И.** (2002) Руководство по исследованию качества жизни в медицине. Санкт-Петербург, 320 с.
- Свінціцький А.С.** (2008) Псоріатичний артрит: сучасний стан проблеми. Здоров'я України, 11: 85–88.
- Bruce B., Fries J.F.** (2005) Health Assessment Questionnaire (HAQ). Clin. Exp. Rheumatol., 23(Suppl. 39): 14–18.
- Gladman D.D., Antoni C., Mease P.** (2005) Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. Ann. Rheum. Dis., 64: 14–17.
- Katz W.A.** (2000) Pain management in rheumatologic disorders. A guide for Clinicians. Drugsmart Publ., 1.
- Mease P.J., Ganguly R., Wanke L. et al.** (2004) How much improvement in functional status is considered important by patients with active psoriatic arthritis: applying the outcome measures in rheumatoid arthritis clinical trials [OMERACT] group guidelines. Ann. Rheum. Dis., 63(Suppl. 1): 39.
- McCracken L., Carson J., Eccleston C. et al.** (2004) Acceptance and change in the context of chronic pain. Pain, 109(1–2): 4–7.

**Taylor W., Gladman D., Helliwell P. et al.** (2006) Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. Arthritis Rheum., 54: 2665–2673.

**Waheed A., Pak J. et al.** (2006) The burden of anxiety and depression among patients with chronic rheumatologic disorders. Med. Assoc., 56(5): 243.

**Ware J.E.** (2000) SF-36 health survey. Manual and interpretation guide., 305–310.

## ДЕЗАДАПТИВНЕ РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ДИНАМІКУ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСОРИАТИЧНИМ АРТРИТОМ

**Б.О. Ребров, І.І. Благініна,  
О.О. Реброва**

**Резюме.** Мета дослідження — вивчення якості життя та оцінка впливу психосоматичних порушень на динаміку больового синдрому у пацієнтів із псоріатичним артритом, характеру їх психологічного реагування на хворобу. У 46 хворих на псоріатичний артрит досліджували якість життя за опитувальником HAQ та шкалою SF-36, характер психологічного реагування на захворювання за методикою психологічної діагностики типів ставлення до хвороби, оцінювали вираженість суглобового синдрому. Залежно від типів ставлення до захворювання пацієнти були розподілені на дві групи: до 1-ї групи ввійшли 27 осіб із неадекватним (дезадаптивним) типом ставлення до хвороби, а до 2-ї — 19 з адекватним реагуванням на захворювання. Встановлено, що хворі 1-ї групи з самого початку мали більш низькі показники якості життя, ніж особи зі сприятливим типом ставлення до хвороби, незважаючи на відсутність достовірних відмінностей між ними у показниках активності запального процесу. Вивчення інтенсивності больового синдрому та активності запального процесу в динаміці виявило більш значуще поліпшення у групі пацієнтів без психосоматичних порушень, що підтверджує вплив неадекватного типу психологічного реагування на суб'єктивне сприйняття тяжкості хвороби.

**Ключові слова:** псоріатичний артрит, якість життя, психологічне реагування на захворювання, больовий синдром.

## MALADAPTIVE RESPONSE TO DISEASE AND ITS IMPACT ON THE DYNAMICS OF PAIN SYNDROME IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

**B.O. Rebrov, I.I. Blaginina,  
O.A. Rebrova**

**Summary.** A research purpose is to study a life quality, the nature of the psychological response to the disease and assessment of impact on the dynamics of psychosomatic disorders of pain in patients with psoriatic arthritis. In 46 patients with psoriatic arthritis the life quality of question-

naire by HAQ and SF-36 scale were investigated, the nature of the psychological response to the disease by the method of psychological diagnosis types of attitude to the disease severity was assessed. Depending on the type of the relationship to the disease, patients were divided into two groups: Group 1 included 27 patients with inadequate (maladaptive) types of relationships to the disease, and the 2nd — the remaining 19 patients with inadequate response to disease. It was found that patients in Group 1 initially had lower life quality than patients with a favorable attitude to the type of disease, despite the absence of significant differences in the inflammatory process activity. The analysis of pain and inflammatory activity in the dynamics showed a significant improvement in the group of patients

without psychosomatic disorders, confirming the impact of inadequate type of psychological response to the disease in the subjective perception of disease severity.

**Key words:** psoriatic arthritis, quality of life, psychological responses to illness, pain.

**Адреса для листування:**

Ребров Борис Олексійович  
91045, Луганськ,  
квартал 50-річчя Оборони Луганська, 1,  
ДЗ «Луганський державний медичний  
університет», кафедра внутрішньої медицини  
факультету післядипломної освіти  
E-mail: fpdo@ukr.net

## РЕФЕРАТИВНА ІНФОРМАЦІЯ

**Выявлен неожиданный побочный эффект статинов**

Подготовлено А.К. Жигунова

По результатам предыдущих исследований, в том числе Beaver Dam Eye Study (n=1299), предполагалось, что применение статинов благоприятно сказывается на состоянии хрусталика и может служить средством профилактики возрастных его изменений, снижая риск развития катаракты на 40%. Однако согласно итогам нового исследования Waterloo Eye Study, опубликованном в августовском номере журнала «Optometry & Vision Science» за 2012 г., прием статинов, напротив, повышает риск развития возрастной катаракты на >50%.

«Биологическое обоснование полученных результатов заключается в том, что хрусталик нуждается в достаточном уровне холестерина для развития клеток покровного эпителия и формирования адекватной прозрачности, — полагает Каролин Мачан (Carolyn Machan) и ее коллеги из Университета Ватерлоо (University of Waterloo). — Повышение частоты развития катаракты наблюдали у людей и животных с наследственной недостаточностью холестерина. Существует риск, что статины могут ингибировать биосинтез холестерина в хрусталике глаза и таким образом ускорять развитие возрастной катаракты».

В Waterloo Eye Study были задействованы 6397 пациентов с сахарным диабетом (СД) 2-го типа или без него в возрасте 1–93 лет. Для анализа связи между приемом статинов, СД и развитием катаракты проанализированы данные о 5884 пациентах без СД и 452 пациентах с СД. Лица, страдающие СД (n=452), в среднем были на 14 лет старше, и среди них наблюдали большую долю женщин. Распространенность применения статинов у пациентов в возрасте ≥38 лет составила 56% в группе лиц с СД и 16% — в группе пациентов без СД.

После проведения коррекции результатов по возрасту, полу, курению, показателям артериального давления установлено, что СД повышает риск развития катаракты на 86% (отношение шан-

сов (ОШ) 1,86; 95% интервал (ДИ) 1,34–2,59). Наличие СД также было ассоциировано с развитием различных форм катаракты: риск нуклеарного склероза возрастал на 62% (ОШ 1,62; 95% ДИ 1,14–2,29), кортикальной катаракты — на 37% (ОШ 1,37; 95% ДИ 1,02–1,83), задней субкапсулярной катаракты — на 52%.

Кроме того, установлено, что применение статинов также связано со значимым повышением риска развития возрастной катаракты на 57% (ОШ 1,57; 95% ДИ 1,15–2,13), при этом риск нуклеарного склероза повышается на 48% (ОШ 1,48%; 95% ДИ 1,09–2,00), задней субкапсулярной катаракты — также на 48% (ОШ 1,48%; 95% ДИ 1,07–2,04), а риск развития кортикальной катаракты достоверно не зависит от приема статинов.

Согласно наблюдениям К. Мачан и ее соавторов, при этом наибольшую распространенность катаракты отмечали у пациентов с СД, принимающих статины; пациенты с СД, не принимающие статинов, и без СД, принимающие статины, продемонстрировали примерно одинаковую частоту распространенности катаракты, а наиболее низким этот показатель был у лиц без СД, не принимающих статины. Среди тех, кто принимал статины, 50% вероятность развития катаракты наблюдали у лиц в возрасте 51,7 года при наличии СД и в возрасте 54,9 года — при его отсутствии. Для тех, кто статинов не принимал, данный показатель достигался позже — в 55,1 и 57,3 года соответственно (p<0,001).

Авторы исследования полагают, что пока нет оснований для изменения общепринятой тактики в отношении назначения статинов, однако при проведении дальнейших исследований рекомендуют обратить внимание на соотношение пользы и риска (в том числе и риска развития возрастной катаракты) при применении статинов у лиц с СД 2-го типа.

**Machan C.M., Hrynchak P.K., Irving E.L.** (2012) Age-related cataract is associated with type 2 diabetes and statin use. *Optom. Vis. Sci.*, 89(8): 1165–1171.

**O’Riordan M.** (August 13, 2012) Statins linked with development of cataracts. *HeartWire* ([www.theheart.org/article/1434435.do](http://www.theheart.org/article/1434435.do)).