

Н.Э. Бабаджанова, Н.С. Жумамуратова

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ
С ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ****N.E. Babadjonova, N.S. Jumamuratova**

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

**PROPERTIES OF CHRONIC HEART FAILURE COURSE
IN PATIENTS WITH PSYCHOVEGETATIVE DISORDERS**

Цель исследования. Определить влияние психо-вегетативных нарушений на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) и эффективность антидепрессантов (флувоксамин).

Материал и методы. Нами обследовано 72 больных в возрасте от 45 до 72 лет, (40 женщин и 32 мужчин), с ХСН I-II стадии (I-II функциональные классы по NYHA). Диагноз ХСН был установлен на основании комплекса клиничко-лабораторных исследований. Этиологическим фактором всех больных явилась ИБС и ГБ. Тревожные и депрессивные состояния оценивались шкалами HADS. Качество жизни по данным Миннесотского опросника. Исследуемые больные в индивидуальных дозах получали флувоксамин (феварин от 50 до 150 мг в сутки).

Результаты. У 30 больных отклонений в психоэмоциональном статусе не выявлено, они составили 1-ую группу пациентов. У 41 пациентов выявлены

признаки изолированной депрессии (2-я группа). 15 пациентов страдали только тревожными расстройствами (3-я группа). Сочетание тревоги и депрессии было выявлено у 16 больного (4-я группа). Во 2, 3, 4 группах выявленные аффективные расстройства были клинически значимые (>10 баллов по шкале HADS).

Показатели качества жизни пациентов достоверно ($p < 0,005$) отличались во 2,3,4 группах относительно пациентов 1 группы. Исследуемые больные кратковременно (до 10 дней) и долговременно (до 40 дней) принимали антидепрессанты.

Выводы. Полученные данные свидетельствует о том, что 63,5% больных с ХСН страдают расстройствами психоэмоционального статуса. У больных, получавших антидепрессанты, кратковременно наблюдалась эффективность лечения — 30%, при долговременном приеме в 30-40 дней эффективность лечения — 60%.

Е.В. Ефремова, А.М. Шутов, И.А. Сабитов, Е.О. Бородулина

ГОУ ВПО Ульяновский государственный университет, г. Ульяновск, Россия

**КОМОРБИДНОСТЬ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ
С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ****E.V. Efremova, A.M. Shutov, I.A. Sabitov, E.O. Borodulina**

Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia

**COMORBIDITY AND PERSONAL CHARACTERISTICS
OF PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE**

Актуальность. Известно, что наличие коморбидности (сопутствующей патологии) у больного ухуд-

шает качество жизни, приводит к социальной дезадаптации, и в итоге повышает смертность. Однако

данных, определяющих влияние коморбидности на психологические особенности больных с ХСН, представлено недостаточно.

Цель исследования: изучить особенности психологического статуса больных с ХСН, ассоциированные с коморбидностью.

Материалы и методы: Обследовано 203 больных (73 женщины и 130 мужчин, средний возраст 61,8±9,6 лет) с ХСН I — III стадии, I — IV ФК. ХСН диагностировали и оценивали в соответствии с Национальными рекомендациями ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр, 2009). Коморбидность оценивали с помощью индекса коморбидности Чарлсона (Charlson). Исследуемые больные были разделены на 3 группы: I группу (низкая коморбидность, индекс ≤ 3 баллов) составили 53 больных; II группу (умеренно выраженная коморбидность, индекс = 4–5 баллов) — 73 больных; III группу (высокая коморбидность, индекс ≥ 6 баллов) — 77 больных. В исследовании использовались валидные психологические методики: опросник Мини-мульти (Березин Ф.Б., Мирошников М.П., 1976); «Индекс жизненного стиля» Плутчика-Келлермана-Конте (Plutchik R., Kelleman H., 1979); опросник акцентуации личности по К.Леонгарду (Leonhard K., 1968).

Результаты. Индекс коморбидности Чарлсона составил 4,9±2,1 балла у больных ХСН. У больных ХСН, ассоциированной с высокой и умеренно выраженной коморбидностью, отмечалось повышение профиля Мини-мульти по шкалам депрессии (63,2±14,4 и 53,9±13,9 Т-баллов соотв., PIII,II-I<0,0001), шизоидности (66,9±9,1 и

61,2±10,7 Т-баллов соотв., PIII,II-I=0,001), психастении (68,8±9,4 и 62,4±10,5 Т-баллов соотв., PIII,II-I=0,0004) с максимальным подъемом по шкале ипохондрии (78,3±15,3 и 72,7±10,6 Т-баллов соотв., PIII,II-I=0,02). Таким образом, больные с высокой и умеренно выраженной коморбидностью обладают более высоким профилем, характерным для ипохондрического синдрома. Для больных ХСН независимо от уровня коморбидности характерны механизмы психологической защиты по типу «проекция» (49,1±24,5%), «рационализация» (36,6±19,8%) и «отрицание» (35,2±19,1%). В нашем исследовании статистически достоверно выявлено, что в группе больных с высокой коморбидностью по сравнению с группой с низкой коморбидностью более напряжены психологические защитные механизмы по типу «регрессия» (19,1±15,3 и 13,8±11,0% соотв., PIII-I=0,04) и «замещение» (14,4±12,9 и 8,5±6,4% соотв., PIII-I=0,01). Преобладающим типом акцентуации характера независимо от коморбидности являлся эмотивный (13,5±6,1 балла). Больные с высокой коморбидностью характеризуются наличием высоких показателей по шкале «дистимность» (13,6±3,7 и 11,0±4,5 балла соотв., PIII-I=0,006), и низких показателей по шкале «экзальтированность» (11,0±4,5 и 13,6±3,7 баллов соотв., PIII-I=0,003), что свидетельствует о слабости энергетических ресурсов, постоянном сниженном эмоциональном фоне больных с ХСН с высокой коморбидностью.

Выводы. Коморбидность приводит к закреплению примитивных механизмов психологической защиты, дистимной акцентуации, усилению ипохондрических, депрессивных реакций, дезадаптации, снижению мотивации у больных с ХСН.

Н.С. Жумамуратова

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА И ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

N.S. Jumamuratova

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

INTERCONNECTION PSYCHOEMOTIONAL STATUS AND FLOW DISEASES BY SICK HYPERTENSIVE ILLNESS AND ISCHEMIC HEART DISEASE

Актуальность. Многочисленные исследования позволили с позиций доказательной медицины утверждать, что стресс и стресс-индуцированные состояния, прежде всего тревога и депрессия, явля-

ются независимыми факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Эти состояния значительно повышают риск неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов: инфаркта миокарда, мозгового