

кардии) и в личной жизни произошли в приблизительно равном проценте случаев среди пациентов продолжающих, и не продолжающих лечение. 22% (33 человека) заявили, что прием медикаментов прекратили. Причинами прекращения послужили: хорошее самочувствие (73% - 24 пациента), недостаток материальных средств (9% - 3 пациента), забывчивость (9% - 3 пациента). Среди больных продолжающих терапию 33% (39 человек) считали что назначенные им препараты не влияют на их самочувствие, остальные отмечали положительный эффект медикаментов на свое здоровье. Пациенты, считавшие, что назначенное им лечение улучшает их самочувствие чаще принимали препараты регулярно (32 человека (82,4%) vs 31 человек (40%) и также они реже прекращали прием  $\beta$ -блокаторов (9 человек (10,7%) vs 9 (60%)). Пациенты, отметившие улучшение своего самочувствия достоверно чаще продолжали свое лечение (39 человек (100%) vs 24 (31%)), и достоверно реже прекращали прием терапии (прием  $\beta$  блокаторов 16 человек (18) vs 28 человек (69%), прием ингибиторов АПФ 9 человек (9%) vs 34 человека (69%), прием антагонистов кальция 9 человек (23%) vs 9 человек (75%), прием нитратов 22 человека (32%) vs 22 человека (88%), прием дезагрегантов 22 человека (23%) vs 25 человек (67%).

Побочные эффекты от лечения отметили 13% пациентов (15 человек) принимавших препараты длительно. Из них 20% (3 человека) - это гипотония, 20% (3 человека) - головная боль, 60% (9 человек) сухой кашель. Опыт пациента в отношении побочных эффектов не влиял на приверженность к лечению.

**Заключение:** Хорошее самочувствие пациентов после выписки может приводить как к прекращению дальнейшей терапии, так и наоборот, к повышению степени выполнения врачебных рекомендаций.

#### **ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ И АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ДИСЛИПИДЕМИЕЙ**

Наумова Е.А., Грищенко Е.В., Шварц Ю.Г.  
*ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава  
Саратов, Россия*

Депрессия является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, и особенно такой опасной формы ишемической болезни сердца, как инфаркт миокарда. Низкая приверженность пациентов к долгосрочной терапии холестеринснижающими препаратами также отрицательно влияет на выживаемость больных. Целью проведенного исследования было определение влияния уровня тревоги и депрессии на приверженность больных к терапии статинами.

Материалы и методы. В исследование включались пациенты дневного стационара отделения кардиологии Клинической больницы медицинского университета, согласившиеся участвовать в данном наблюдении. Критериями включения были: высокий уровень липопротеинов низкой плотности (4,2-5,2 ммоль/л), артериальная гипертензия и высокий риск развития ИБС (на основании наличия таких сопутствующих факторов как курение, наследственная отягощенность, но не более 20% Фрамингемской шкале риска развития сердечно-сосудистых осложнений). Критериями исключения являлись ИБС, любая тяжелая сопутствующая патология. Определение наличия и степени выраженности тревожно-депрессивных расстройств проводилось с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии. Пациентам назначался аторвастатин в дозе 10 мг в сутки. Препарат на протяжении всего исследования предоставлялся пациентам бесплатно (для исключения влияния на продолжение пациентом терапии материального фактора). Через год от начала терапии проводилось повторное обследование больных, определение ЛПНП и повторное анкетирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии. Комплаинс определялся путем подсчета количества возвращенного препарата. Выявление связи между учитываемыми величинами и определение ее динамики проводилось методом однофакторного анализа.

Результаты: В исследовании принимали участие 105 пациентов (75,6% женщин и 24,4% мужчин, средний возраст 58 лет). Субклиническая депрессия выявлялась у 8,9% пациентов, клинически выраженная депрессия у 8,9% пациентов. Субклинические проявления тревоги были отмечены у 13,3% пациентов, клинически выраженные тревожные нарушения у 11,1% пациентов. Исследование не завершили 13 пациентов (12,8%). Один пациент выбыл по причине клинически значимого повышения уровня трансаминаз, остальные – по собственному желанию. Через год уровень тревоги и депрессии среди пациентов существенно не изменился. Пациенты, не отмечавшие на момент начала терапии симптомов депрессии продолжали терапию чаще, чем пациенты, имевшие депрессивные нарушения (92% vs 75%,  $p=0.09$ ). Пациенты, не имевшие перед началом терапии тревожных нарушений, продолжили прием статинов в достоверно большем проценте случаев (100% vs 60%,  $p=0.04$ ). Уровень депрессии и тревоги (ни на первом, ни на последнем визите) не влиял на комплаинс пациента (от 80 до 120% таблеток приняли 90% пациентов отмечавших симптомы депрессии и 94% пациентов без них). Достоверное снижение уровня холестерина было отмечено у всех пациентов, и не зависело от признаков аффективных нарушений у обследованных больных.

**Заключение:** Наличие аффективных нарушений увеличивает вероятность прекращения

пациентом терапии статинами, но не влияет на регулярность приема препаратов.

### **ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ**

Оленко Е.С., Кодочигова А.И., Новикова Н.В.,  
Халтурина В.Г.

*ГОУ ВПО «Саратовский государственный  
медицинский университет Росздрава»  
Саратов, Россия*

В работах отечественных исследователей показано, что в характере больных артериальной гипертонией (АГ) присутствуют противоречивые тенденции: сочетание неуверенности в себе, склонности к сомнениям с деловитостью, предприимчивостью, конфликтностью (Белова В.И., Балуева С.А., 1993). Склонность к конфликтам, предприимчивость и, в то же время, тревожность, неуверенность в себе, постоянные сомнения были обнаружены и в характере лиц с пограничными значениями артериального давления, которая примерно в 30-40% случаев трансформируется в АГ (Алмазов В.А. с соавт., 1992; Соколова Л.А. с соавт., 1994).

Целью данного исследования являлось изучение психофизиологических личностных особенностей у больных с впервые выявленной эссенциальной артериальной гипертонией.

В исследование вошло 56 мужчин, больных АГ 1-2 степени с риском осложнений 1-3, согласно классификации артериальной гипертензии ВОЗ/МОГ, 1999 г. (ГИ, n= 56). Вторичный генез АГ у всех больных был исключен. Полученные данные сопоставлялись с результатами обследования клинически здоровых мужчин (КГ, n= 52). Обе группы были сопоставимы по возрасту.

Психофизиологические параметры определялись с помощью Сокращенного Многофакторного Опросника для исследования Личности (СМОЛ); теста Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина; опросника К. Леонгарда; теста Зунге - Т.И. Балашовой; теста К. Хека и Х. Хесса.

Анализ полученных результатов проводился методами математической статистики с помощью пакета прикладных программ "STATGRAF Plus for Windows 5.1", 2001.

Полученные результаты показали, что больные с впервые выявленной АГ имеют тревожно-ригидный тип личности, отличающийся относительно низкой контактностью вследствие неуверенности в себе, увеличением реактивной, личностной тревожности и уровня невротизации ( $p < 0,05$ ). В 86,45% случаев в ситуации стресса, данные лица, способны иметь выраженные вегетативные реакции с формированием психосоматического механизма психологической защиты

(Собчик Л.Н., 1971; Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д., 1994). Уровень депрессии (УД) у больных АГ в сравнении с КГ не изменился. В литературе имеются сведения о том, что у лиц, страдающих АГ, увеличивается УД, его неизменность в данном случае, возможно, связана с тем, что больные АГ узнали о своем заболевании сравнительно недавно, и осознание наличия хронического заболевания ещё не произошло.

### **ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Осипова О.А., Вахрамеева А.Ю.

*Белгородский государственный университет,  
медицинский факультет, кафедра внутренних  
болезней №1, Белгород, Россия  
НЦ ССХ им. Бакулева РАМН, Москва, Россия*

Важным патогенетическим фактором прогрессирования хронической сердечной недостаточности можно считать ремоделирование миокарда левого желудочка, а так же нарушение не только систолической функции, но и диастолической.

**Целью** настоящего исследования явилось определение значимости диастолической дисфункции миокарда левого желудочка сердца при сердечной недостаточности у больных II функционального класса (ФК).

#### **Материалы и методы**

Обследовано 117 больных с постинфарктным кардиосклерозом в возрасте от 37 до 88 лет (средний возраст  $56,6 \pm 10,8$  лет), среди обследованных было мужчин 102 (87,2%) и 15 женщин (12,8%).

Функциональный класс ХСН определяли по классификации Нью-йоркской ассоциации сердца (NYHA), II ФК – у 89 (76,1%). Контрольная группа составила 21 условно здоровых лиц. Всем больным проводились ультразвуковое исследование сердца на эхокардиографе «Aloka-SSD» фирмы Aloka, LTD (Япония) и TV-628-A (Харьковский НИИ радиоизмерений, Украина) эхоимпульсным методом в одно- и двухмерном режиме исследования с частотой ультразвука 3,5 МГц по общепринятой методике.

Диастолическую функцию оценивали методом импульсной доплер-эхокардиографии по стандартной методике аппаратом «SIM 5000 plus» (Япония). Определяли следующие показатели: максимальную скорость потока периода позднего наполнения (А, см/с), максимальную скорость раннего наполнения (Е, см/с), соотношение Е/А - отношение между амплитудами волн Е и А, время изоволюмического расслабления (IVRT, мс) – период от закрытия аортального клапана до открытия митрального клапана, и DT (с) – время замедления потока раннего наполнения. Статистическая обработка полученных данных прове-