

тревожность, сформированная в детстве, в значительной степени связана с патологическим страхом потери родителя, чаще матери, на почве декомпенсированных созависимых отношений.

Все это может создавать психосоматические предпосылки для усугубления гипертонуса миометрия, а в ряде случаев и явиться непосредственной причиной угрозы прерывания беременности. Последнее указывает на необходимость проведения психодиагностики на ранних сроках беременности и оказания психотерапевтической помощи беременным женщинам, угрожаемых по невынашиванию, с целью коррекции психоэмоционального состояния в комплексной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина: принципы и применение — М.: Ин-т ОГИ, 2004. — 336 с.
2. Арина Г. А., Айвазян Е. Б. Беременность как модель и этап развития телесного опыта во взрослом возрасте // Ежегодник РПО. Спец. вып. — М., 2005. — С. 228–230.
3. Грон Е. А. Генетические и психологические аспекты невынашивания беременности: диссертация кандидата медицинских наук. — М., 2004. — 155 с.
4. Разбаева Е. Е. Социально-психологические факторы в патологии беременности у некоренных жителей Крайнего Севера: дис. ... канд. психол. наук. — СПб., 2009. — 213 с.
5. Серов В. Н., Тютюнник В. А. Тактика лечения угрожающих преждевременных родов // Мать и дитя. Акушерство и гинекология. Спец. номер. — 2008. Т. 16. — № 1.

РЕЗЮМЕ

А. Н. Демин, В. А. Сергеев

Патогенетические механизмы психосоматической компоненты гипертонуса миометрия в период беременности

С целью изучения психосоматической компоненты гипертонуса миометрия было обследовано две группы беременных женщин: основная (32) и контрольная (14). Определена структура и частота жалоб, сопровождающих повышение тонуса матки, оценен уровень личностной и реактивной тревоги, выявлена связь симптомов гипертонуса миометрия с психоэмоциональным напряжением, изменением положения тела, физической нагрузкой и внутриличностными конфликтами.

Ключевые слова: беременность, гипертонус матки, психосоматические нарушения, психоэмоциональное напряжение, тревожность.

SUMMARY

A. N. Demin, V. A. Sergeev

Pathogenetic mechanisms of psychosomatic components of the myometrium increased tone in the pregnancy period

In order to study the psychosomatic component of myometrium hypertonus two groups of pregnant women were examined: the main group (n = 32) and the control one (n = 14). The character and frequency of the complaints associated with the uterus tone increase, the level of personal and reactive anxiety, association of the symptoms of the myometrium hypertonus with psychoemotional tension.

Key words: pregnancy, uterine hypertonus, psychosomatic disorders, psycho-emotional stress, anxiety.

© Коллектив авторов, 2013 г.
УДК [616.1-008.64-036.12-053.9]:616.895.4-073.756.8

**А. А. Станжевский, И. В. Вологодина,
Е. Г. Порошина, А. В. Петров,
Ю. Р. Илющенко**

ПРИМЕНЕНИЕ ПЭТ С ¹⁸F-ФДГ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова; Российский научный центр радиологии и хирургических технологий, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) остается одним из самых распространенных

и прогностически неблагоприятных осложнений заболеваний сердечно-сосудистой системы. Все более актуальной становится проблема ХСН у пациентов преклонного возраста [2, 5]. Результаты программы КОМПАС показали, что распространенность клинически выраженной депрессии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью составляет 36,6 %, риск выявления депрессивного расстройства увеличивается в 1,4 раза на каждые 10 лет жизни [3]. Имеющиеся литературные данные позволяют предполагать, что тревожно-депрессивные расстройства оказывают негативное влияние на течение, прогноз сердечно-сосудистой патологии, приверженность пациентов старческого возраста к лечению [1, 2]. При этом отмечается изменение клинической картины соматического заболевания, негативное влияние на течение и прогноз, качество жизни, формирование неадекватной реакции на болезнь, дополнительные проблемы терапии и коммуникативные проблемы [6]. Свойственная данным пациентам полиморбидность приводит к дополнительным сложностям выявления тревожно-депрессивных расстройств у данной категории больных. В связи с этим использование ПЭТ с ¹⁸F-ФДГ как метода диагностики

и оценки эффективности лечения тревожно-депрессивных расстройств приобретает особое значение [5].

Цель исследования: оценить возможности использования ПЭТ с ^{18}F -ФДГ в комплексном обследовании пациентов старческого возраста с низкой приверженностью к терапии, страдающих ИБС, осложненной ХСН и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 70 пациентов пожилого возраста с ИБС, осложненной ХСН III ФК (NYHA), последовательно госпитализированных в кардиологическое отделение многопрофильного стационара. Отбор пациентов осуществлялся методом случайной выборки. Диагноз депрессии устанавливался психиатром методом клинической беседы. Критерии исключения из исследования: нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда или инсульт в предшествующие 2 месяца, тяжелая сопутствующая соматическая патология. В исследование не включались пациенты при неспособности понять суть исследования и дать обоснованное согласие на участие в нем. Пациенты были рандомизированы на 2 группы: 1 группа — 35 пациентов с ИБС, осложненной ХСН без аффективных расстройств (АР); 2 группа — 35 пациентов с ИБС, осложненной ХСН, имеющие АР.

Приверженность лечению определяли с помощью индекса комплаентности, который определялся как отношение числа принятых доз к числу назначенных доз (%). Проводилось тестирование с помощью вопросника для оценки приверженности больных с ХСН основным элементам самолечения и самоконтроля, предложенного в Н. Ni et al. (1999).

Всем больным проводилась оценка клинического состояния по ШОКС (В. Ю. Мареев, 2000), была выполнена эхокардиография (Logic 400, USA) и оценка толерантности к физической нагрузке по данным теста 6-минутной ходьбы (ТШХ). Психический статус оценивался при помощи многостороннего исследования личности СМОЛ, теста Бека, шкалы Гамильтона и шкалы Спилбергера — Ханина.

Результаты позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ), выполненной лицам группы сравнения (1 группа), использовались для статистической обработки ПЭТ-данных пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами.

ПЭТ проводилась на томографах Ecac Exact 47 и Ecac Exact HR+ (Siemens). Укладка больного выполнялась с использованием лазерного оптического центриатора по средней линии и на 4 см ниже орбито-меатальной линии. За 30–40 минут до и на 10–15 минут после введения ^{18}F -ФДГ проводилась свето- и звукоизоляция пациента для снижения влияния физиологической гиперфиксации на распре-

деление РФП. ^{18}F -ФДГ вводилась внутривенно болюсом в объеме 0,5–1,0 мл за 35–40 минут до начала эмиссионного сканирования, согласно общепринятым рекомендациям. Доза ^{18}F -ФДГ составляла 150–200 МБк (100 МБк/м² поверхности тела). Такая доза обеспечивала оптимальную скорость счета (20–30 000 имп./с), что позволяло получать статистически значимую информацию за время сканирования.

Эмиссионное статическое сканирование продолжительностью 20 минут проводилось в 2D-режиме с использованием матрицы 128×128 и увеличением изображения в 1,5 раза. Реконструкция синограмм выполнялась с применением Hanning-фильтра и увеличением изображения в 2,5 раза.

Во всех случаях полученные изображения оценивали визуально. С целью устранения нарушения симметричности укладки больного в программе «Reslicer» производилось вращение первоначального изображения последовательно в трех проекциях.

Сохранялось 15–28 трансаксиальных срезов толщиной 5 мм, вмещающих все изображение ГМ, так, чтобы первый срез представлял конвекситальные отделы коры ГМ, а последний — базальные, включая мозжечок. Визуальный анализ изображений проводился с использованием цветовой шкалы, позволяющей определять интенсивность накопления РФП в веществе мозга. Для полуколичественного анализа использовались аксиальные срезы. При этом в области интереса вычисляли стандартизированный показатель захвата ^{18}F -ФДГ — Standart Uptake Value (SUV). Расчет SUV производился программным комплексом автоматически в специализированной программе «ROI» с учетом показателей физического полураспада радионуклида. Диагностически значимыми показателями в нашем исследовании считалось максимальное значение SUV. В качестве областей интереса были отобраны четыре зоны в коре головного мозга и в базальных ядрах: орбитофронтальная кора, префронтальная кора, головки хвостатых ядер и зрительные бугры. Во всех случаях осуществляли нормализацию полученных данных к метаболизму ипсилатеральной затылочной доли. При этом нормализованное значение регионального метаболизма глюкозы рассчитывалось как отношение уровня метаболизма в зоне интереса к уровню регионального метаболизма глюкозы в ипсилатеральной затылочной доле.

Полученные в процессе исследования данные обрабатывались с помощью программной системы «Statistica for Windows» (версия 5.11).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст в первой группе составил 71,2±5,5 года (95% ДИ 66,5–75,3), во второй группе —

69,5±4,6 года (95 % ДИ 67,5 – 74,2). Из обследованных больных в 1 группе мужчин – 9 (27 %), женщин – 24 (73 %); во второй группе мужчин – 11 (31 %), женщин – 24 (69 %). Давность ИБС у пациентов 1 группы составила от 18,8±0,9 года (95 % ДИ 16,9 – 20,6), 2 группы – 19,2±0,7 года (95 % ДИ 16,8 – 20,6), 3 группы – 18,9±0,8 года (95 % ДИ 18,3 – 22,4). Достоверного различия между группами по полу и возрасту не было ($p>0,05$). Достоверного различия по основным этиологическим факторам, приведшим к развитию ХСН, не выявлено ($p>0,05$). Длительность ХСН у пациентов 1 группы составила 5,3±0,4 года (95 % ДИ 4,5 – 6,2), 2 группы – 4,9±0,4 года (95 % ДИ 4,1 – 5,6). Пройденная дистанция по ТШХ у пациентов 1 группы составила 153,1±4,2 м (95 % ДИ от 144,6 до 161,6), у пациентов 2 группы – 134,1±2,1 м (95 % ДИ от 129,8 до 138,4). В обеих изучаемых группах отмечалось снижение фракции выброса, которая составила 35,1±0,7 (95 % ДИ от 33,7 до 36,5) у пациентов 1 группы, 34,2±0,6 (ДИ от 32,9 до 35,5) у пациентов 2 группы ($p>0,05$). Дистанция пройденной ходьбы в обеих группах была достоверно ниже общепринятой для данного функционального класса величины, что можно объяснить возрастными особенностями данной категории больных [4]. У пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами пройденная дистанция была достоверно ниже ($p<0,02$).

Приверженность к проводимой терапии по опроснику была низкой в обеих группах и составила 17,1±0,6 (95 % ДИ от 15,9 до 18,2) у пациентов 1 группы и 12,3±0,6 (95 % ДИ от 11,1 до 13,5) у пациентов 2 группы. Выявлены достоверно более низкие показатели у пациентов с АР ($p<0,001$). Сходные изменения получены по результатам исследования индекса комплаентности.

При опросе пациентов жалобы на слабость, повышенную утомляемость, снижение аппетита, нарушение сна (трудности засыпания, частые пробуждения, ранние утренние пробуждения, отсутствие чувства отдыха после сна) могли быть обусловлены как возрастом, хронической сердечной недостаточностью, так и аффективными расстройствами, что значительно затрудняло правильную постановку диагноза. По тесту СМОЛ в группе пациентов с АР количество баллов превышало 70 по шкалам ипохондрии, депрессии, истерии и психастении. Показатели по этим шкалам были достоверно выше в группе пациентов с АР по сравнению с группами без АР ($p<0,001$). Сходные изменения получены по тесту Бека и шкале Гамильтона. В обеих изучаемых груп-

пах по шкале Спилбергера – Ханина выявлена умеренная реактивная тревожность, количество баллов составило у пациентов 1 группы 36,9±0,7 (95 % ДИ от 35,6 до 38,3), у пациентов 2 группы – 43,6±0,5 (95 % ДИ от 42,5 до 44,6). Выявлено достоверное различие между группами ($p<0,001$). У пациентов 1 группы выявлена умеренная личностная тревожность, у пациентов 2 группы – высокая личностная тревожность, количество баллов составило 36,8±0,7 (95 % ДИ от 35,3 до 38,3) и 55,0±0,6 (95 % ДИ от 53,8 – 61,2) соответственно. У пациентов с АР количество набранных баллов было достоверно больше ($p<0,001$).

Позитронная эмиссионная томография выявила достоверные изменения в структурах стриатолимбической системы у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами. В табл. 1 приведены данные о нормализованных значениях SUV у этих больных.

Как видно из данных табл. 1, при сопоставлении полученных данных с группой контроля у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами отмечалось достоверное увеличение метаболизма глюкозы в области орбитофронтальных отделов лобной доли левого полушария, двухсторонний гиперметаболизм глюкозы в области передних отделов поясных извилин и снижение метаболизма в проекции головок хвостатых ядер. Представленные данные позволяют предположить, что в патогенезе депрессивных состояний играет роль нарушение тормозного влияния таламической афферентации на «старую» (лимбическую) кору, которое, в свою очередь, обусловлено патологическими изменениями в структурах стриарной системы.

В табл. 2 приведена зависимость между интенсивностью метаболических изменений (нормализованных значений SUV) и клинической выраженностью тревожной симптоматики (измеренной по шкале Спилбергера – Ханина).

Таблица 1
Нормализованные значения SUV у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами и в группе контроля

Область интереса	Группа сравнения			Тревожно-депрессивные расстройства			
	М	σ	COV, %	М	σ	COV, %	p
ОФК слева	1,01	0,02	2,0	1,05	0,04	3,80	<0,05
ОФК справа	1,02	0,01	0,98	1,04	0,06	5,77	>0,05
Передние отделы ПИ слева	1,02	0,02	1,96	1,05	0,03	2,86	<0,01
Передние отделы ПИ справа	1,02	0,01	0,98	1,05	0,03	2,85	<0,05
Головка ХЯ справа	1,03	0,03	2,91	0,90	0,05	5,56	<0,05
Головка ХЯ слева	1,02	0,02	1,96	0,91	0,07	7,69	<0,05
ЗБ слева	1,06	0,01	0,94	1,00	0,03	3,00	>0,05
ЗБ справа	1,05	0,01	0,95	1,00	0,02	2,00	>0,05

Примечание: ОФК – орбитофронтальная кора; ПИ – поясные извилины; ХЯ – хвостатые ядра; ЗБ – зрительные бугры; М – средняя; σ , % – коэффициент вариации. Достоверность различий оценивалась по U-критерию Манна-Уитни.

Таблица 2

Корреляция между метаболизмом глюкозы в различных структурах стриатолимбической системы и клинической симптоматикой у больных тревожно-депрессивными расстройствами

Структура головного мозга	Шкала Спилбергера-Ханина
Головка правого хвостатого ядра	0,45
Головка левого хвостатого ядра	0,51*
Правая поясная извилина	-0,47*
Левая поясная извилина	-0,50*
Правый зрительный бугор	0,49*
Левый зрительный бугор	0,38*
Правая орбитофронтальная кора	-0,35
Левая орбитофронтальная кора	-0,39

* – достоверная корреляция ($p < 0,05$).

Как видно из данных табл. 2, у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами в большинстве случаев наблюдалась достоверная корреляция между клиническими данными и результатами ПЭТ с ^{18}F -ФДГ.

Таким образом, сопоставление клинических данных и результатов ПЭТ с ^{18}F -ФДГ свидетельствуют о наличии у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами гиперактивности высших отделов стриатолимбической системы с одновременным снижением функции нейронов головок хвостатых ядер.

Выявление тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с ХСН значительно затруднено в связи со схожестью симптоматики. По имеющимся в отечественной и зарубежной литературе данным, клинические проявления коморбидности тревожно-депрессивных расстройств и ХСН у пациентов старших возрастных групп изучены недостаточно [1, 7]. Позитронная эмиссионная томография с ^{18}F -ФДГ является высокоинформативным методом лучевой диагностики, позволяет с высокой точностью определить изменения в структурах лимбической и стриарной систем, участвующих в развитии этих патологических состояний. Таким образом, сопоставление клинических данных и результатов ПЭТ с ^{18}F -ФДГ свидетельствует о наличии у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами гиперактивности высших отделов стриатолимбической системы с одновременным снижением функции нейронов головок хвостатых ядер.

ВЫВОДЫ

1. Тревножно-депрессивные расстройства отрицательно влияют на приверженность к проводимой терапии у пациентов старших возрастных групп с ХСН.

2. Диагностика тревожно-депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп с ХСН затруднена из-за схожести симптоматики.

3. Использование ПЭТ с ^{18}F -ФДГ позволяет улучшить диагностику тревожно-депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп с ХСН, а также уточнить роль различных отделов лимбико-стриарной системы (системы эмоций) в патогенезе этих патологических состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васюк Ю. А. и др. Хроническая сердечная недостаточность и депрессия: обзор // Терапевт. арх. — 2007. — Т. 79. — № 10. — С. 54–60.
2. Вологодина И. и др. Совместное применение бисопролола и антидепрессанта пароксетина у пациентов старческого возраста с ИБС // ВРАЧ. — 2009. — № 12. — С. 54–55.
3. Воробьева О. В. Депрессия в общемедицинской сети (по результатам программы «Компас») SERVIER, 2003 // Consilium medicum. — 2004. — Т. 6. — № 2. — 23 с.
4. Ситникова М. Ю. и др. Эффективность и прогностическая ценность методов диагностики тяжести хронической сердечной недостаточности у пациентов разного возраста // Артериальная гипертензия. — 2008. — Т. 14. — № 1. — С. 5–11.
5. Dickstein K. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) // Eur. Heart J. — 2008. — № 29 (19). — P. 2388–2442.
6. Johnson T. J. et al. Depression predicts repeated heart failure hospitalizations // J. Card. Fail. — 2012. — № 18 (3). — P. 246–252.
7. Junger J. Depression increasingly predict mortality in the course of congestive heart failure // Eur. J. Heart Fail. — 2005. — Vol. 7. — № 2. — P. 261–267.
8. Tyutin L. A. et al. The possibility of ^{18}F -FDG-PET for anxiety-obsessive disorders (AOD) diagnosis and estimation of treatment efficiency // Eur. Radiology. — 2004. — Vol. 14. — Suppl. 2. — P. 503.

РЕЗЮМЕ

А. А. Станжевский, И. В. Вологодина, Е. Г. Порошина, А. В. Петров, Ю. Р. Илющенко

Применение ПЭТ с ^{18}F -ФДГ в комплексной диагностике тревожно-депрессивных расстройств у пациентов пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью

Обследованы 35 больных пожилого возраста с ХСН III ФК и тревожно-депрессивными расстройствами. Группу сравнения составили 35 пациентов с ХСН III ФК без аффективных расстройств. Проводилась оценка клинического состояния с использованием ЭХОКГ и теста 6-минутной ходьбы, оценка приверженности проводимой терапии. Изучали показатели тревоги и депрессии по тесту ММРІ, Бека, шкалам Гамильтона и Спилбергера – Ханина. ПЭТ с ^{18}F -ФДГ проводилась на томографах Ecac Exact 47 и Ecac Exact HR+ (Siemens). У пациентов с хронической сердечной недостаточностью тревожно-депрессивные расстройства оказывают негативное влияние на клиническое состояние и приверженность к проводимой терапии. В большинстве случаев наблюдалась достоверная корреляция

между клиническими данными и результатами ПЭТ головного мозга с ^{18}F -ФДГ.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, тревожно-депрессивные расстройства, пожилой возраст, ПЭТ головного мозга с ^{18}F -ФДГ.

SUMMARY

A.A. Stanzhevsky, I.V. Vologdina, E.G. Poroshina, A.V. Petrov, Yu. R. Ilushchenko

Application of positron emission tomography with 18f-fdg in combined diagnosis of anxiety and depressive disorders in elderly patients with chronic heart failure

35 patients with chronic cardiac failure of the third functional class and anxiety depressive disorders were examined.

The screening group consisted of 35 patients with chronic cardiac insufficiency without affective disorders. Evaluation of the clinical state was carried out by echocardiography, 6-minute walk and estimation of therapy compliance. Severity of the symptoms of anxiety and depressive disorders were studied by MMPI test, Beck's test, Hamilton's scale, Spielberg scale. PET with 18F-FDG was carried out on PET tomographs «Ecat Exact 47» and «Ecat Exact HR +» (Siemens, Germany). It was found that anxiety depressive disorders have negative effect on the clinical state and the therapy compliance in the patients with chronic cardiac failure. Significant correlation between the clinical data and the brain 18F-FDG PET results was seen in most cases.

Key words: chronic cardiac failure, anxiety depressive disorders, elder age, brain PET with 18F-FDG.

© Н. П. Гарганеева, 2013 г.
УДК [616.12-008.331.1+616.12-005.4]-036.8-084

Н. П. Гарганеева

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА И ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

ВВЕДЕНИЕ

Основная задача профилактических мероприятий заключается в выявлении факторов риска (ФР), оценки степени суммарного кардиоваскулярного риска и в выборе стратегии его снижения [1]. Научный поиск последних лет убедительно показал значимость ряда психосоциальных факторов, влияющих на развитие и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств, обусловленных психосоциальным стрессом, неблагоприятные последствия их влияния взаимосвязаны как с патофизиологическими изменениями сердечно-сосудистой системы, так и со снижением приверженности пациентов к лечению и с другими поведенческими реакциями [1–4]. Депрессивные расстройства составляют более 25 % визитов к врачам первичного звена, что особенно важно учитывать в амбулаторной практике терапевта и кардиолога для интегративного подхода к диагностике, лечению, профилактике и реабилитации сочетанной патологии.

Актуальной является оценка взаимосвязи ФР в прогнозировании течения ишемической болезни сердца (ИБС), ассоциированной с артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом (СД) типа 2, у пациентов с невротическими и аффективными расстройствами, для разработки комплексной программы вторичной профилактики и реабилитации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 85 пациентов с ИБС (средний возраст — $52,78 \pm 7,49$ года), находившихся на лечении в отделении пограничных состояний с невротическими и аффективными расстройствами. Все больные ИБС, стенокардией напряжения ФК II–III, прогрессирующей стенокардией проходили обследование в кардиологическом стационаре. Диагноз ИБС верифицировался с помощью клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Липиды крови определяли стандартизованными и унифицированными методами. Для оценки психического состояния использовались клинико-психопатологический метод, оценочные шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии Гамильтона (HARS), Монтгомери–Асберга (MADRS). Методом логистической регрессии были установлены статистически значимые взаимосвязи соматических, психических и психосоциальных ФР, оказывающих влияние на течение ИБС, ассоциированной с АГ и СД типа 2.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В 85 % случаев ИБС сочеталась с АГ, в 25 % — с СД типа 2, в 22 % — с нарушением толерантности к глюкозе, в 58 % — с дислипидемией (ДЛП), в 55 % — с избыточной массой тела и ожирением. По данным клинико-психопатологического исследования, в психическом состоянии больных ИБС, ассоции-