3. Верткин А.Л. Профилактика желудочно-кишечных кровотечений при обострении ишемической болезни сердца / А.Л. Верткин, Ю.В. Фролова, Е.А. Петрик и др. // Consilium Medicum, Гастроэнтерология, 2008, № 2, с. 19-23.

УДК 159.972-616.89-008.1:616.1-052

А.В. Романова[1], Р.Б. Сулайманов[2]

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФЕНОМЕНОВ ОДИНОЧЕСТВА И АГРЕССИИ ПРИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

[1.] Кафедра медицинской психологии, психиатрии и психотерапии
Кыргызско – Российский Славянский Университет
Бишкек, Кыргызстан;
[2.] Факультет когнитивных наук, Университет прикладных наук,
Оснабрюк, Германия.

A.V. Romanova[1], R.B. Sulaimanov[2]

THE PSYCHOLOGICAL EVALUATION OF THE PHENOMENONA OF LONELINESS AND AGRESSION WITHIN CARDIOVASCULAR DISEASES

[1.] Department of medical psychology, psychiatry and psychotherapy
Kyrgyz – Russian Slavic University
Bishkek, Kyrgyzstan;
[2.] Department of Cognitive Sciences, University of Applied Sciences,
Osnabrück, Germany

Контактный e-mail: annaromanova12@mail.ru

Аннотация. Представлена эксплицитная модель изучения психологических механизмов, обусловливающих оптимизацию и активизацию адаптационных механизмов при сердечно – сосудистых заболеваниях с учетом уровня одиночества и агрессии.

Annotation. The article presents the explicit study model of psychological mechanisms that determine optimization and activation of adaptation mechanisms within cardiovascular diseases considering the level of loneliness and aggression.

Ключевые слова: одиночество, агрессия, тревога, депрессия, кардиология.

Keywords: loneliness, aggression, anxiety, depression, cardiology.

Научно-исследовательские и статистические данные свидетельствуют о лидирующих позициях заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) во всем мире [1, 3, 7, 8, 11]. В Кыргызской Республике (КР) на долю заболеваний ССС приходится около половины всех регистрируемых смертей, причем от заболеваний системы кровообращения, ИБС и цереброваскулярных нарушений является самой высокой среди всех стран Центральной Азии. Уровень

смертности среди взрослых мужчин в КР в среднем выше, чем, в целом, по странам Европы и странам с низким и средним уровнем дохода [4]. В общемедицинской сети в структуре заболеваний ССС чрезвычайно распространены коморбидные состояния, такие как ассоциированные тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) и гипертоническая болезнь (ГБ) и/или ТДР и коронарная болезнь сердца (КБС), которые характеризуются тенденцией к хронизации, резистентностью к терапии и повышают летальность в 2–4 раза [1, 5, 7, 8, 13]. Работы, изучающие клинико-психологические особенности тревожно-депрессивного синдрома в процессе течения заболеваний ССС, обусловливающих хронизацию и резистентность к терапии – единичны [6, 12].

Цель исследования – обоснование дифференцированности стратегий диагностики и терапии психосоматических расстройств с учетом уровня одиночества и агрессии при сердечно – сосудистых заболеваниях (ССЗ).

Материалы и методы исследования

Обследовано 60 респондентов с расстройствами аффективного спектра в структуре ССЗ на базе стационарных отделений Национального центра кардиологии и терапии им. академика М. М. Миррахимова и Лечебно-оздоровительного объединения. Средний возраст больных составил 48,3±7,8года. На основе принципа нозологической принадлежности сформировано 2 группы: I составили 32 (53,3%) пациента с коронарной болезнью сердца (КБС), II – 28 (46,7 %) пациентов с гипертонической болезнью (ГБ), из которых 34 женщины (55,6%) и 26 мужчин (43,4%). Методы исследования – клиническое полуформализованное интервью, госпитальная шкала тревоги (Т-HADS) и депрессии (Д-HADS), шкалы личностной тревожности Спилбергера – Ханина (ШЛТ), депрессии Цунга (ШДЦ), одиночества (UCLA), агрессии Ассингера, корреляционный анализ Спирмана (SPSS 16.0).

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов I группы уровень тревоги соответствовал клинически выраженному по HADS (12,1±0,5, P<0,01), высокому – по ШЛТ(48,4±1,9, P<0,01); депрессия выражена клинически (10,5±0,9, P<0,01) по HADS, по ШДЦ – соответствовала легкой степени (52,4±1,2, P<0,01);уровень одиночества превышал средние значения (44,4±1,5, P<0,01), уровень агрессии – выражен (35,1±0,3, P<0,01). У пациентов II группы уровень тревоги клинически выражен по HADS (10,0±0,4, P<0,01), соответствовал высокой степени – по ШЛТ (45,3±1,9, P<0,01), депрессия субклинически выражена – по HADS(7,67±0,465, P<0,01), по ШДЦ – достигала легкой степени (50,1±3,02; P<0,01); уровень одиночества соответствовал среднему (43,1±1,9, P<0,01), агрессии – 32,1±0,9 (P<0,01).

При идентификации уровня аффекта у женщин выявлен умеренный уровень тревоги по ШЛТ (43,5±3,3; P<0,01), у мужчин – высокий (45,3±2,1, P<0,01); депрессия у женщин по ШДЦ (51,5±1,6; P<0,01) превышала

депрессию у мужчин (50,5±2,7,P<0,01). Уровень одиночества у женщин доминировал и превышал средние значения (44,6±2,2; P<0,01) мужчин (40,1±1,1, P<0,01). Уровень агрессии у мужчин (35,7±0,2; P<0,01) превышал средние значения у женщин (32,7±0,2; P<0,01).

В зависимости от продолжительности заболевания (до 3 лет и свыше 3 лет) у пациентов I группы уровень тревоги по HADS возрастал от 8,0±0,8 до 12,5±0,5 (P<0,01, r=0,2*), по ШЛТ от 44,6±0,7 до 49,1±1,1 (P<0,01, r=0,2*), уровень депрессии по ЩДЦ возрастал от 49,0±2,7 до 53,0±2,1 (P<0,01), коррелируя с уровнем тревоги (r=0,2*), уровень одиночества повышался от 39,4±0,3 до 46,5±2,5 (P<0,01), коррелируя с уровнем депрессии и продолжительностью заболевания (r=0,5**). Уровень агрессии возрастал от 33,1±2,1 до 36,5±2,5 (P<0,01) и высоко достоверно коррелировал с уровнем тревоги и продолжительностью заболевания (r=0,6**). У пациентов II группы уровень тревоги по HADS снижался от 12,5±0,5 до 9,7±0,9 (P<0,01, r=0,2*), по ШЛТ: от 48,9±1,7 до 48,5±1,8 (P<0,01, r=0,2*), уровень депрессии по HADS понижался от 9,3±0,6 до 8,2±1,7 (P<0,01), по ШДЦ – от 51,1±1,6 до 48,0±2,0 (P<0,01), при этом негативно коррелировал с уровнем тревоги (r=-0,2*). Уровень одиночества понижался от 44,1±0,1 до 38,1±1,8 (P<0,01), позитивно коррелируя с депрессией и продолжительность заболевания (r=0,4*). Уровень агрессии оставался относительно стабильным от 32,0±2,1 до 32,7±1,3 (P<0,01) и положительно коррелировал с уровнем тревоги (r=0,5**) (таблица 1).

Таблица 1.

Уровень аффекта, одиночества и агрессии в зависимости от продолжительности заболевания у пациентов с ГБ и КБС

Шкала	До 3-х лет		Более 3-х лет	
	КБС (P<0,001)	ГБ (P<0,001)	КБС (P<0,001)	ГБ (P<0,001)
Т-HADS	8,0±0,8	12,5±0,5	12,9±0,7	9,7±0,9
ШЛТ	44,6±0,7	48,9±1,7	49,1±1,1	48,5±1,8
Д-HADS	10,0±0,01	9,3±0,6	9,5±0,12	8,2±1,7
ШДЦ	49,0±2,7	51,1±1,6	53,0±2,1	48,0±2,0
UCLA	39,4±0,3	44,1±0,1	46,5±2,5	38,1±1,8
Ассингер	33,1±2,1	32,0±2,1	36,5±2,5	32,7±1,3

Корреляционный анализ данных параметров выявил сильные положительные и отрицательные связи (таблица 2). Уровень одиночества достоверно позитивно коррелировал с уровнем депрессии по HADS (r=0,38*; P<0,001), высоко достоверно – по ЩДЦ (r=0,45**; P<0,001), а также с уровнем агрессии (r=0,18*; P<0,001) и длительностью заболевания (r=0,5**; P<0,001); достоверно негативно – с уровнем тревоги по HADS (r=-0,47*; P<0,001), по ШЛТ (r=-0,39*; P<0,001). Уровень агрессии по Ассингеру достоверно позитивно коррелировал с тревогой по HADS (r=0,44*; P<0,001), по ШЛТ (r=0,41*; P<0,001), с уровнем депрессии по HADS (r=0,4*; P<0,001), по

ШДЦ (r=0,46*; P<0,001), с уровнем одиночества (r=0,18*; P<0,001) и высоко достоверно – с длительностью расстройства (r=0,6**; P<0,001).

Таблица 2.

Корреляционные связи между уровнем аффекта, одиночества, агрессии и продолжительностью заболевания

Шкала	T-HADS	ШЛТ	Д-HADS	ШДЦ	UCLA	Ассингер	продолжительность
T-HADS	-	0,6*	-0,34*	-0,08*	-0,47**	0,44*	0,2*
ШЛТ	0,6*	-	-0,21*	-0,17*	-0,39*	0,41*	0,2*
Д-HADS	-0,34*	-0,21*	-	0,5**	0,38*	0,4*	0,3*
ШДЦ	-0,08*	-0,17*		-			
UCLA	-0,47**	-0,39*	0,38*	0,45**	-	0,18*	0,5**
Ассингер	0,44*	0,41*	0,4*	0,46*	0,18*	-	0,6**
продолжительность	0,2*	0,2*	0,3*	0,3*	0,5**	0,6**	-

Примечание: * - достоверная корреляция; ** - высоко достоверная корреляция; «-» - обратная корреляция.

Выводы:

1. У пациентов с КБС и ГБ уровень тревоги клинически выражен и соответствует высокому, уровень депрессии достигает легкой степени. Показатели уровня аффекта, одиночества и агрессии у пациентов с КБС превышают данные показатели у пациентов с ГБ. У женщин преобладающий депрессивный аффект обусловлен доминированием уровня одиночества, у мужчин преобладающий тревожный аффект – доминированием агрессии.

2. У пациентов с КБС с продолжительностью заболевания уровень тревоги и депрессии возрастает. При этом у пациентов с КБС определяются высоко достоверные значительные положительные связи между уровнем одиночества и уровнем депрессии (P<0,001), высоко достоверные умеренно выраженные – между уровнями выраженной агрессии и тревоги (P<0,001).

3. У пациентов с ГБ с продолжительность течения заболевания уровень тревоги понижается и/или стабилизируется на уровне между умеренной и высокой степенью выраженности. При этом у пациентов с ГБ уровень депрессии и уровень одиночества понижаются и достоверно негативно коррелируют с уровнем тревоги (r=-0,2*; P<0,001); уровень агрессии стабилизируется на средних значениях и достоверно позитивно коррелирует с уровнем тревоги (P<0,001).

4. Доминирование уровня тревоги, депрессии, одиночества и агрессии у пациентов с КБС обусловлено продолжительностью проявлений острого коронарного синдрома, способствующего усилению аффективных нарушений.

Хронизация ГБ обусловливает формирование механизмов психической адаптации, влияющих на снижение и/или стабилизацию уровня аффекта, чувства одиночества и агрессии.

5. Психосоматические расстройства являются в нашем исследовании эксплицитной моделью изучения психологических механизмов, обусловливающих оптимизацию и в последующем – активизацию адаптационных механизмов при психосоматических расстройствах. Таким образом, функционирование МПА определяет специфичность синдромальной структуры психопатологических нарушений.

Литература:

1. Избранные лекции для врачей-кардиологов: учебное пособие / сост. В.В. Соложенкин. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2011. 134 с.

2. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. М.: Изд-во «Практическая Медицина», 2011. 432 с.

3. Незнанов Н.Г. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / Н.Г. Незнанов, Б.Д. Карвасарский. СПб.: Изд-во Питер, 2008. 528 с.

4. Обзор государственных расходов. Здравоохранение: отчет № 88979, Кыргызская Республика / ГРУППА ВСЕМИРНОГО БАНКА: Отдел по сокращению бедности и экономическому управлению – Регион Европы и Центральной Азии, МБРР МАР, 2014.

5. Сулайманова М.Р. Психовегетативные симптомокомплексы в структуре коморбидных расстройств: автореф. дис. … канд. мед. наук / М.Р. Сулайманова. Бишкек, 2012. 25 с.

6. Сулайманова М.Р. Клинико-психологические механизмы феномена одиночества при психических и коморбидных расстройствах / М.Р. Сулайманова, Р.Б. Сулайманов, Т.А. Нелюбова и др. // Вестник КРСУ. 2013. Т. 13. № 11. С. 131–135.

7. Сулайманова М.Р. Коморбидные соотношения в общесоматической практике / М.Р. Сулайманова, А.С. Ким, Т.А. Нелюбова. Бишкек: Изд-во КРСУ, 2014. 128 с.

8. Сулайманова М.Р. Структура феномена коморбидности при заболеваниях кардиологического спектра / М.Р. Сулайманова// Вестник КРСУ. – 2014. – Т. 14, № 5. – С. 163-167.

9. Сулайманов Р.Б. Феномен одиночества в условиях личностно-средового взаимодействия / Р.Б. Сулайманов, М.Р. Сулайманова // Вестник КРСУ. 2015. Т. 15. № 4. С. 144–149.

10. Cacioppo J.T., Hughes M.E., Waite L.J., Hawkley L.C., &Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a Specific Risk Factor for Depressive Symptoms: Cross-Sectional and Longitudinal Analyses // Psychology and Aging, Vol. 21. № 1. P. 140–151.

11. Getting Better. Improving Health System Results in Eastern Europe and Central Asia. Smith O., Son Nam N. Washington, DC: World Bank, 2013.

12. Sulaimanov R.B. Loneliness phenomenon under the conditions of psychological and comorbid disorders. / R. Sulaimanov, M. Sulaimanova, A. Kim // 28-thICAP «From Crisis to sustainable Well- Being Health», Health Psychology. – 2014. – Eposter session 9: EP - 080122.

13. Sulaimanova M.R., Kim A.S., Sulaimanov R.B. The unifying model of diagnostics and therapy (UMDT) // J.European Psychiatry. – 2012. - Vol. 27. – P. 1170.

УДК 616.24

Е.Л. Селезнева, Т.В. Жданова

ОГРАНИЧЕНИЕ СКОРОСТИ ВОЗДУШНОГО ПОТОКА И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Российская Федерация

E.L. Selezneva, T.V.Zhdanova

AIRFLOW LIMITATION AND STRUCTURAL CHANGES OF LUNG TISSUE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Ural state medical university
Department of internal medicine propaedeutics
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: selezneva.elena.1989@mail.ru

Аннотация. Актуальнымвопросом современной медицины является изучение фенотипических особенностей больных ХОБЛ в связи с возможностью дифференцированного подхода к тактике и терапии с целью замедления прогрессирования и улучшения прогноза [3,2]. Ключевым симптомом хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) является прогрессирующее нарастание скорости снижения объема форсированного выдоха за 1-ю секунду [1]. Скорость снижения, а также тяжесть бронхиальной обструкции, являются предикторами неблагоприятного прогноза. По данным литературы встречаются исследования, в которых получены неоднозначные результаты скорости прогрессирования и степени тяжести нарушения бронхиальной проходимости у разных групп пациентов с ХОБЛ [4,5,6]. В статье рассмотрены варианты структурных изменений легких по данным мультиспиральной компьютерной томографии легких (МСКТ) у пациентов с ХОБЛ и изучена их взаимосвязь с тяжестью бронхиальной обструкции.