

Результаты. Группы не различались по возрасту, длительности ИБС, функциональному классу сердечной недостаточности (NYHA). Пациенты с ХСН и ДРЛЖ имели уровень тревожности и депрессии $4,8 \pm 0,7$ и $8,5 \pm 0,9$ баллов соответственно. Пациенты с ХСН с АРЛЖ имели уровень тревожности соответственно $4,7 \pm 0,4$ ($p > 0,05$) баллов и уровень депрессии – $5,2 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) баллов. Пациенты с ХСН и ДРЛЖ имели такие параметры теста MMPI соответственно: по шкале ипохондрии – $62,3 \pm 2,1$ балла; по шкале депрессии – $51,4 \pm 3,9$ балла; по шкале истерии – $54,7 \pm 2,8$ балла; по шкале психопатии – $46,7 \pm 3,6$ балла; по шкале паранояльности – $46,4 \pm 1,9$ балла; по шкале психастении – $53,3 \pm 1,7$ балла; по шкале шизоидности – $47,2 \pm 1,9$ балла; по шкале гипомании – $43,8 \pm 3,3$ балла. Пациенты с ХСН с АРЛЖ имели следующие показатели теста MMPI соответственно: по шкале ипохондрии – $55,7 \pm 1,4$ балла ($p < 0,05$); по шкале

депрессии – $51,1 \pm 1,4$ балла ($p > 0,05$); по шкале истерии – $49,9 \pm 1,1$ балла ($p > 0,05$); по шкале психопатии – $44,5 \pm 0,9$ балла ($p > 0,05$); по шкале паранояльности – $50,6 \pm 1,4$ балла ($p > 0,05$); по шкале психастении – $46,8 \pm 1,6$ балла ($p < 0,05$); по шкале шизоидности – $45,9 \pm 1,0$ балла ($p > 0,05$); по шкале гипомании – $42,1 \pm 1,4$ балла ($p > 0,05$).

Заключение. У пациентов с ишемической болезнью сердца с хронической сердечной недостаточностью и дезадаптивным ремоделированием левого желудочка были более выраженные акцентуированные личностные характеристики и уровень депрессии по сравнению с пациентами с хронической сердечной недостаточностью с адаптивным ремоделированием левого желудочка, выявленные особенности могут негативно влиять на прогноз этих пациентов, поэтому полученные результаты необходимо учитывать при назначении лечения.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

ИБАТОВ А.Д.

ФГАОУ ВО первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, г. Москва, Россия

Цель. Изучить факторы, влияющие на развитие сердечной недостаточности (СН) у больных после инфаркта миокарда.

Материал и методы. Обследованы 88 больных с постинфарктым кардиосклерозом длительностью более одного года, средний возраст пациентов составил $54,2 \pm 1,2$ года, из них 30 больных имели сердечную недостаточность II–III класса. Пациенты были разделены на две группы по наличию и отсутствию сердечной недостаточности. В первую группу вошли пациенты с сердечной недостаточностью, средний возраст составил $55,07 \pm 1,45$ года. Во вторую группу вошли 58 пациентов без СН, средний возраст составил $53,27 \pm 1,01$ года. Значимость различий между выборками оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Для идентификации предикторов использовался расчет отношения шансов (ОШ), надежность рассчитывалась с использованием таблиц сопряженности 2×2 , с расчетом двухстороннего точного критерия Фишера. Различия при $p < 0,05$ считаются значимыми. В расчетах использовались статистические программы «Statistica 10,0» и «Excel 2013».

Результаты. Группы не различались по полу и возрасту. Анализ выявленных предикторов с помощью таблиц сопряженности и расчет отношения шансов развития СН показали следующие результаты. Пациенты с инфарктом миокарда с зубцом

Q передней стенки имели высокий риск развития СН (ОШ=4,38, $P < 0,05$). Пациенты, у которых был инфаркт миокарда с зубцом Q, независимо от пораженной стены имели ОШ=2,78, $P < 0,05$ развития СН. Пациенты, у которых был повторный инфаркт миокарда, имели ОШ=15,43, $P < 0,05$ развития СН. Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда в ночное время, имели ОШ=27,0 $P < 0,01$ развития СН. Пациенты с сахарным диабетом имели ОШ=10,18, $P < 0,01$ развития СН, а также высокий риск развития сердечной недостаточности имели пациенты с избыточным весом ($ИМТ \geq 25 \text{ кг/м}^2$) (ОШ=2,95, $P < 0,05$). В то же время такие прогностические негативные факторы, как курение, артериальная гипертензия в нашем исследовании не выявили дополнительного негативного риска развития сердечной недостаточности. В наших исследованиях не было прогностического неблагоприятного влияния таких факторов, как пол, пожилой возраст и предшествующая инфаркту миокарда стенокардия.

Заключение. Таким образом, по нашим данным, важными предикторами развития сердечной недостаточности у больных после инфаркта миокарда являются, в частности, время возникновения инфаркта миокарда (ночью во время сна) и нарушения обмена веществ (сахарный диабет и ожирение), а также размер поражения и локализация инфаркта миокарда.