

Взаимосвязь показателей уровня липидов крови, ФК стенокардии напряжения у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами

В соответствии с задачами исследования был проведен многофакторный анализ, позволивший включить в исследование как показатели спектра липидов крови, так и клинические признаки, характеризующие течение коронарной болезни сердца и текущее психическое состояние 87 пациентов. Были выявлены статистически значимые различия отдельных липидных фракций у больных с разными ФК стенокардии и «вероятной» стенокардией (табл. 7).

Таблица 7

Спектр липидов крови в зависимости от ФК стенокардии напряжения

Показатели, ммоль/л	Средние значения показателей уровня липидов крови у больных с ИБС, M±SD				
	ФК II n=42	ФК III n=19	Прогрессирующая стенокардия n=7	«Вероятная» стенокардия n=19	Достигнутый уровень значимости (p)
ОХС	6,67±0,99	6,62±0,65	7,66±0,62*	5,99±1,01*	P=0,0041
ТАГ	2,40±0,95	2,25±0,66	2,33±0,54	1,73±0,66	P=0,3270
ХС-ЛПНП	4,52±0,74*	4,53±0,49*	5,46±0,45**	3,94±0,91*	P=0,0003
ХС-ЛПОНП	1,09±0,44	1,03±0,30	1,07±0,25	0,73±0,30	P=0,3277
ХС-ЛПВП	1,05±0,16*	1,03±0,17*	1,13±0,15	1,23±0,23*	P=0,0769
ИА	4,40±0,84*	4,52±0,81*	4,87±0,57*	3,33±1,03*	P=0,0007
КА	5,43±1,18*	5,57±0,89*	5,85±0,84*	4,00±1,19*	P=0,0016
Возраст (в год.)	50,36±6,37*	54,26±7,34*	57,85±5,55*	45,05±8,31*	P=0,0010

Примечание. *Звездочкой отмечены статистически значимые различия в группах по отношению к группе сравнения (Scheffe's Test); **Звездочками отмечены статистические различия в группах ИБС.

С помощью двухфакторного дисперсионного анализа была установлена статистически значимая связь между фракцией ХС-ЛПНП и расстройствами настроения депрессивного характера (депрессивный эпизод, дистимия) ($p=0,0083$), а также клиническими вариантами стенокардии напряжения ($p=0,0116$). Обнаружен эффект взаимосвязи депрессивных расстройств, вариантов течения ФК СН и содержания в крови уровня ХС-ЛПНП ($p=0,0072$). Выявлен эффект взаимодействия между невротическими расстройствами и содержанием в крови ТАГ ($p=0,0001$) у больных с разными ФК СН ($p=0,0404$). При аффективных расстройствах максимальные уровни ОХС (7,89 ммоль/л), ХС-ЛПНП (5,65 ммоль/л) наблюдались у больных с прогрессирующей стенокардией на фоне депрессивного эпизода средней степени тяжести. Максимальная средняя концентрация ТАГ (3,12 ммоль/л) выявлена при ФК III и депрессивном эпизоде. Сниженный средний уровень ХС-ЛПВП (0,90 ммоль/л) определялся при ИБС ФК III у пациентов с дистимией.

У больных с соматогенными органическими ПР непсихотического уровня максимальное содержание ОХС составило 7,87 ммоль/л, уровень ХС-ЛПНП достигал 5,62 ммоль/л при депрессивном органическом расстройстве на фоне прогрессирующей стенокардии напряжения. Наибольшее среднее значение ТАГ (2,42 ммоль/л) выявлено в группе пациентов с ИБС ФК II и органическим

астеническим расстройством. Минимальный средний уровень ХС-ЛПВП (0,89 ммоль/л) наблюдался у больных СН ФК II-III, текущее психическое состояние которых квалифицировалось наличием депрессивного органического расстройства.

В группе пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами максимально выраженная гипоальфахолестеролемиа наблюдалась у больных ИБС с тревожно-фобическими расстройствами. У пациентов с ИБС ФК II и ФК III, имеющих панические или смешанные тревожно-депрессивные состояния, выявлено резкое снижение фракции ХС-ЛПВП, достигающей уровня $\leq 0,90$ ммоль/л; значительное повышение содержания уровня ТАГ до 3,0 и более ммоль/л, повышенный уровень ХС-ЛПНП (4,42 ммоль/л) при среднем значении ОХС крови 6,52 ммоль/л. В прогностическом отношении эта группа являлась наиболее неблагоприятной. У пациентов с реакциями на тяжелый стресс и нарушением адаптации в 11 случаях диагностирована пролонгированная депрессивная реакция, в 6 - смешанная тревожная и депрессивная реакция, в 6 - другие реакции на тяжелый стресс (нозогении). У больных с прогрессирующей стенокардией напряжения и пролонгированной депрессивной реакцией максимальный уровень ОХС достигал 7,48 ммоль/л, ТАГ - 2,68 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 5,29 ммоль/л. При смешанной тревожно-депрессивной реакции и стенокардии ФК II «антиатерогенная» фракция ХС-ЛПВП имела тенденцию к снижению до 1,02 ммоль/л. При нозогенных реакциях у больных стенокардией ФК III отмечено повышение ОХС (7,20 ммоль/л). В двух случаях при СН ФК II-III и ипохондрическом расстройстве выявлена гипертриацилглицеридемиа (3,79 ммоль/л) и гиперхолестеролемиа (9,63 ммоль/л).

У 12 мужчин с ИБС ФК II-III (средний возраст - $50,75 \pm 5,65$ года) при исследовании спектра липидов обнаружена выраженная гипоальфахолестеролемиа (среднее значение ХС-ЛПВП - 0,82 ммоль/л). Текущее психическое состояние больных классифицировалось в 6 случаях как агорафобия с паническим расстройством, в 2 - смешанная тревожно-депрессивная реакция, в 1 - дистимия, в 1 - органическое депрессивное расстройство, в 2 - органическое астеническое расстройство. Преобладание тревожных и депрессивных состояний в клинической картине пациентов этой группы сопровождалось значимым положительным эффектом от проводимой терапии антидепрессантами и анксиолитиками ($p=0,002$; $p=0,045$). Основными мотивационными факторами ($p=0,021$) обращения больных за психиатрической помощью были снижение активности и потеря работоспособности, приступы паники, сопровождающиеся страхом смерти, тревога за свое здоровье, подавленное настроение, в ряде случаев - пассивные суицидальные мысли. Психологическое обследование обнаружило склонность к заниженной самооценке ($p=0,045$), ипохондрической фиксации ($p=0,003$), нарушению социальной адаптации ($p=0,007$).

Таким образом, гипоальфахолестеролемиа наблюдалась у больных ИБС, в текущем психическом состоянии которых преобладали тревожные, тревожно-фобические, смешанные тревожно-депрессивные и депрессивные расстройства. В группе невротических расстройств максимально выраженная гипоальфахолестеролемиа (менее 0,9 ммоль/л) выявлена у больных ИБС с тревожно-фобическими расстройствами. Обнаруженные эффекты взаимосвязей фракций липидного спектра (ТАГ, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП), ПР (невротических, аффективных) и ФК, включая прогрессирующую стенокардию, позволяют предположить, что значимые колебания концентрации уровня липидов крови обусловлены, по-видимому, коморбидным влиянием на метаболический обмен атеросклеротического процесса и психического состояния.