



Особенности психофенотипического портрета и отдельных клинико-патогенетических механизмов развития хронического лёгочного сердца у пациентов с ХОБЛ в зависимости от типа высшей нервной деятельности

Н.И. Мустафакулова, С.Х. Назиров

Кафедра внутренних болезней №3 ТГМУ им. Абуалиибни Сино

В работе проанализированы особенности психофенотипического портрета и клинико-патогенетических механизмов развития хронического лёгочного сердца (ХЛС) у пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ). Обследуемые пациенты распределены на 2 группы: I группа – пациенты с ХОБЛ и ХЛС (n=123), II группа – ХОБЛ без ХЛС (n=47).

Все пациенты I и II группы с СИУ типом ВНД отличались гиперстенической конституцией, с сильным, подвижным, неуравновешенным (СПН) типом–нормостенической и со слабым типом ВНД – астенической конституцией.

Все пациенты (100%) обеих групп с СИУ типом ВНД характеризовались эмоциональной «холодностью», медлительностью и уравновешенностью; больные с СПН – отличались раздражительностью, эмоциональностью (100%) и неуравновешенностью (100%), а у всех больных со слабым типом (100%) наблюдались явления меланхолии. Тяжёлое (71,4%) и крайне тяжёлое (16,4%) течение заболевания выявлялось у пациентов I группы с СИУ типом ВНД. Лёгкое течение, в основном, встречалось у пациентов II группы с сильным, подвижным, уравновешенным (СПУ) и слабым типом ВНД. У больных с СИУтипом ВНД, страдающих ХОБЛ и ХЛС, по сравнению с лицами с ХОБЛ без ХЛС, усугублялось течение клинической симптоматики и степень выраженности гемокоагуляционных нарушений и дыхательной недостаточности.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь лёгких, хроническое лёгочное сердце, гемокоагуляция, тип высшей нервной деятельности

Актуальность. Среди всех случаев лёгочной недостаточности хроническое легочное сердце (ХЛС) составляет 25%, являясь грозным осложнением хронической обструктивной болезни лёгких, приводя к усугублению течения болезни и ранней инвалидизации больных, зачастую являясь причиной летальных исходов [1,2]. Выделение двух форм ХОБЛ (эмфизематозная и бронхитическая) имеет прогностическое значение. Так, при эмфизематозной форме декомпенсация лёгочного сердца происходит на более поздних стадиях по сравнению с бронхитической формой ХОБЛ. Нередко отмечается сочетание этих двух форм заболевания [3-5]. Установлено, что степень выраженности симптомов при хронической обструктивной болезни лёгких находится в зависимости от формы живота [6,7].

Хотя комплексный и системный подход является главной методологической основой современной медицины, необходимо подчеркнуть, что за каждым патофизиологическим изменением кроется, прежде всего, биохимическая и конституциональная индивидуальность человека [1,8].

При ХОБЛ лёгочное сердце развивается не у всех контингентов больных, есть различия в клиническом течении и тяжести течения заболевания [8,9]. Исходя из II вышеизложенного, представляется очевидной актуальность изучения клинико-патогенетических особенностей формирования лёгочного сердца у больных с ХОБЛ, выявления новых ранних диагностических и прогностических критериев лёгочного сердца у больных ХОБЛ в зависимости от типологических особенностей ВНД.

Цель исследования: изучить особенности психофенотипического портрета и отдельных клинико-патогенетических механизмов развития лёгочного сердца у пациентов с ХОБЛ в зависимости от типов высшей нервной деятельности.

Материал и методы. В условиях пульмонологического отделения ГУ НМЦ РТ и Городском центре здоровья №12 (2000-2015 гг.) было обследовано 170 пациентов с ХОБЛ. Исходя из цели исследования, обследуемые пациенты, были разделены на 2 группы: I группа пациентов с ХОБЛ и лёгочным сердцем составила 123 человека, из них 79 мужчин и 44 женщины, средний возраст которых – $66,8 \pm 1,0$ год и II группа пациентов с ХОБЛ без ЛС ($n=47$), из них 35 мужчин, 12 женщин, средний возраст – $65,5 \pm 2,3$ года; средняя длительность заболевания у больных I группы составила $14,7 \pm 1,7$ года; во II группе $3,5 \pm 1,3$. В качестве контрольной группы были отобраны 30 здоровых некурящих добровольцев (III группа), сопоставимых по полу и возрасту.

Диагноз ХОБЛ и ХЛС подтверждался данными анамнеза, клинической картины, функционально-рентгенологических методов диагностики в соответствии критериями GOLD пересмотра 2008 г. Критерии включения больных в исследование были следующие: подтверждённый диагноз ХОБЛ и ЛС, возраст 19-73 года, информированное согласие пациента на исследование. Критериями исключения являлись: сопутствующая онкологическая патология, гематологические заболевания. Критериями диагностики хронического лёгочного сердца являлись общепринятые клинические и инструментальные (ЭКГ и ЭХО-КГ) признаки гипертрофии правого желудочка и/или расширения полости правого желудочка.

Средний стаж курения в I группе составил $23,5 \pm 1,7$ года против $9,5 \pm 1,7$ года II группы, индекс курящего человека – $27,23 \pm 2,5$ пачек/лет.

Изучали основные клинические симптомы и следующие показатели: гемоглобин, время свёртывания крови (ВСК); время рекальцификации плазмы (ВРП); протромбиновый индекс (ПИ); толерантность плазмы к гепарину (ТПГ); фибриноген плазмы, вязкость крови. Также проводились электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ).

Клиническая оценка динамики симптомов ХОБЛ проводилась по системе баллов Е.И. Шмелёва и М.А. Хмельковой (2005). Одышка: 0 баллов – отсутствие симптома; 1 балл – минимальное проявление признака, не ограничивающее активность; 2 балла – выраженное проявление признака, ограничивающее активность; 3 балла – симптом резко ограничивает активность. Кашель: 0 баллов – отсутствие симптома; 1 балл – только утром; 2 балла – редкие эпизоды в течение дня; 3 балла – почти постоянный (постоянный). Хрипы: 0 баллов – отсутствие симптома; 1 балл – единичные, исчезающие при покашливании; 2 балла – единичные, постоянные; 3 балла – множественные, постоянные. Количество отделяемой мокроты: 0 баллов – отсутствие симптома; 1 балл – скудное количество, непостоянно; 2 балла – скудное количество, постоянно; 3 балла – умеренное количество (до 50 мл в течение дня); 4 балла – более 50 мл в течение дня.

Экспериментально-психологическое исследование проведено с помощью метода Е.П. Ильина (1972). Темпинг-тест для определения подвижности и баланса нервных процессов проводили, используя кинематрическую методику Ильина Е.П.

Для статистической обработки материала использовали компьютерную программу статистического анализа «SPSS» (Statistical Package for Social Science), версия 11.0 для Windows. Применяли методы описательной статистики: вычисление средней арифметической и стандартных отклонений. Использовали параметрические критерии – t-критерий Стьюдента и непараметрические – критерий Манна-Уитни и χ^2 . Результаты считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов I ($n=123$) и II группы ($n=47$) с сильным, инертным, уравновешенным типом ВНД (СИУ) было 73 и 2 (59,3%; 4,2%), человек, соответственно с сильным, подвижным, неуравновешенным (СПН) типом – 5 и 7 (4,0%; 14,8%) и со слабым типом ВНД – 45 и 15 (36,5% и 32,0%). Следует отметить, что среди пациентов, страдающих ХОБЛ в сочетании с ХЛС и их изолированных проявлений, лица с сильным, подвижным, уравновешенным типом ВНД не встречались. Распределение пациентов I и II групп в зависимости от типов ВНД представлено на рисунке 1.

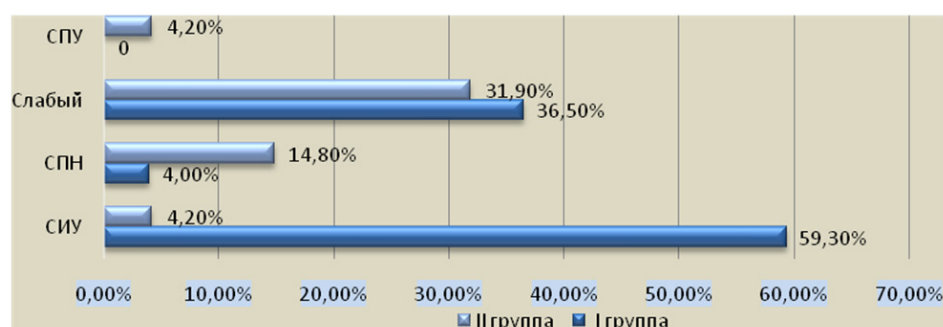


РИС. 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ I И II ГРУПП В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ ВНД


ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И ХЛС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ, ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ТИПА ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Стадии ХОБЛ и степень тяжести течения	Тип ВНД													
	ХОБЛ и ХЛС (n=123)						ХОБЛ без ХЛС(n=47)							
	СИУ n=73 (59,3%)		СПН n=5 (4,0%)		Слабый n=45 (35,0%)		СИУ n=2 (59,3%)		СПН n=23 (48,9%)		Слабый n=15 (32,0%)		СПУ n=2 (1,6%)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
	I (лёгкое)							2	100,0	23	100,0	15	100,0	2
II (средне- тяжёлое)	9	12,3	5	4,0	9	20,0								
III (тяжёлое)	52	71,4			33	73,3								
IV (крайне тяжёлое)	12	16,4			3	6,6								
Итого:	73	100,0	5	100,0	45	100,0	2	100,0	23	100,0	15	100,0	2	100,0

Как видно на рисунке 1, более половины случаев среди пациентов I группы составили лица с СИУ типом ВНД (59,3%), на втором месте стоят больные со слабым типом ВНД (36,5%), а у больных II группы лица со слабым типом составили одну треть больных (32,0%), а с СИУ типом ВНД – всего лишь 4,2%. Обнаружена зависимость тяжести течения ХОБЛ от типов ВНД (табл.1).

Как видно из данных таблицы, в I группе тяжёлое (71,4%) и крайне тяжёлое (16,4%) течение заболевания, в основном, приходится на пациентов с СИУ типом ВНД, что свидетельствует о наиболее раннем формировании лёгочного сердца у этих категорий больных. Лёгкое течение, в основном, встречалось у пациентов II группы с сильным, подвижным, неуравновешенным (СПУ) (48,9%) и со слабым типами ВНД (32,0%).

Психофенотипические проявления у пациентов с ХОБЛ в зависимости от типов ВНД были разными. Лица с СИУ типом ВНД в терминальной стадии ХОБЛ приближались к бронхитическому типу (ХОБЛ типа Б) — к «синим отёчникам», и со слабым типом типов ВНД приближались к ХОБЛ типа А, к «розовым пытельщикам», но ни у одного больного со слабым типом ВНД с розовым оттенком кожи мы не встречали.

Сравнительный анализ фенотипического портрета больных I и II групп показал различия между СИУ и СПН и со слабым типами ВНД. Все пациенты обеих групп с СИУ типом ВНД отличались гиперстенической конституцией, с СПН типом – нормостенической и со слабым типом ВНД – астенической конституцией ($\chi^2=25,9$; $p1-2<0,05$), ($\chi^2=17,3$; $p1-3<0,05$), ($\chi^2=20,3$; $p1-2<0,05$), ($\chi^2=13,3$; $p1-3<0,05$).

Цвет кожи у всех больных (100%) с СИУ типом ВНД отличался белизной, подкожно-жировой слой преобладал над мышечным, тогда как у 93% лиц с СПН типом развитая мускулатура преобладала над под-

кожно-жировой клетчаткой. У пациентов со слабым типом цвет кожи отличался тёмно-мутностью (67%) и бледностью (33%), бедной подкожно-жировой клетчаткой, худощавым и хрупким телосложением, тощей мускулатурой у всех (100%) больных ($\chi^2=15,9$; $p1-2<0,05$) ($\chi^2=18,3$; $p1-3<0,05$); ($\chi^2=12,9$; $p1-2<0,05$) ($\chi^2=15,3$; $p1-3<0,05$). У всех пациентов I и II групп с СИУ типом ВНД верхние и нижние конечности несколько короче, полноватые; у больных с СПН типом (100%) – развитые и со слабым типом – тонкие и длинные ($\chi^2=25,53$; $p1-2<0,05$), ($\chi^2=13,33$; $p1-3<0,05$), ($\chi^2=21,15$; $p1-2<0,05$), ($\chi^2=10,56$; $p1-3<0,05$).

Все пациенты обеих групп (100%) с СИУ типом ВНД характеризовались эмоциональной «холодностью», медлительностью, уравновешенностью, больные с СПН типом отличались высокой степенью экстрасерии, раздражительностью эмоциональностью, агрессивностью (100%) и неуравновешенностью (100%), а у всех больных со слабым типом ВНД (100%) наблюдались явления меланхолии, малая общительность, подозрительность, одиночество.

Выраженность клинических признаков ХОБЛ с ХЛС и изолированной формы ХОБЛ с учётом типов ВНД (по Borge G.) представлена в таблице 2.

Таким образом, при сочетанной патологии ХЛС и ХОБЛ усугубляется выраженность клинической симптоматики. Осведомлённость клинициста о типах ВНД, причинных факторах развития ХОБЛ и ХЛС, функциональных расстройств со стороны вегетативной нервной системы, тяжести течения заболевания предопределяет прогноз заболевания и предотвращает грозные осложнения.

Вентиляционная функция лёгких была исследована у пациентов обеих групп (I и II) утром натощак в условиях относительного покоя (табл.3).

**ТАБЛИЦА 2. ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ХОБЛ С ХЛС
И ИЗОЛИРОВАННОЙ ФОРМЫ ХОБЛ С УЧЁТОМ ТИПОВ ВНД**

Симптомы	1 группа ХОБЛ и ХЛС		2 группа ХОБЛ без ХЛС	
	СИУ	Слабый	СИУ	Слабый
	баллы			
Кашель	4,77±0,07	2,67±0,05*	1,57±0,03**	1,17±0,03***
Количество мокроты	4,29±0,08	2,33±0,03*	1,49±0,05**	1,10±0,01***
Одышка	4,79±0,16	2,03±0,09*	2,17±0,10**	1,03±0,05***
Сухие свистящие хрипы	4,89±0,07	2,03±0,23*	3,73±0,07**	2,00±0,13***
Сердцебиение	4,73±0,3	2,21±0,06*	2,15±0,3**	1,21±0,03***
Боли и тяжесть в правом подреберье	4,90±0,07	2,23±0,06*		
Отёки на ногах	4,17±0,03	2,20±0,05*		
Одутловатое лицо	4,93±0,03	1,23±0,03*		
Инъецированные склеры	4,39±0,6	1,15±0,7*	2,77±0,3**	
Навыкат глаза	4,72±0,1	1,21±0,06*		
Широкая грудная клетка	4,63±0,08		2,33±0,08**	
Набухшие яремные вены	4,79±0,17	1,21±0,06*		
Увеличение границ сердца вправо и в поперечнике	4,23±0,03	2,21±0,06*		
Симптомы "барабанных палочек" и "часовых стёкол"	4,37±0,01			

Примечание: * $p < 0,001$ – статистически значимые различия между пациентами с СИУ и слабым типом ВНД I группы,

** $p < 0,001$ – между пациентами с СИУ типом I и II группы;

*** $p < 0,001$ – между пациентами со слабым типом ВНД I и II группы

**ТАБЛИЦА 3. ВЕНТИЛЯЦИОННАЯ ФУНКЦИЯ ЛЁГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ,
ОСЛОЖНЁННОЙ РАЗВИТИЕМ ЛЁГОЧНОГО СЕРДЦА И БЕЗ ХЛС**

Стадии ХОБЛ и данные спироме- трии ОФВ ₁ / ФЖЁЛ	Тип ВНД													
	ХОБЛ и ХЛС (n=123)							ХОБЛ без ХЛС (n=47)						
	СИУ n=73 (59,3%)		СПН n=5 (4,0%)		Слабый n=45 (35,0%)		СИУ n=2 (59,3%)		СПН n=23 (4,0%)		Слабый n=15 (35,0%)		СПУ n=2 (1,6%)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I ->70%							2	100,0	23	100,0	15	100,0	2	100,0
II - <70%	9	12,3	5	100,0	9	20,0								
III - <50%	52	71,4			33	73,3								
IV - <40%	12	16,4			3	6,6								
Итого:	73	100,0	5	100,0	45	100,0	2	100,0	23	100,0	15	100,0	2	100,0

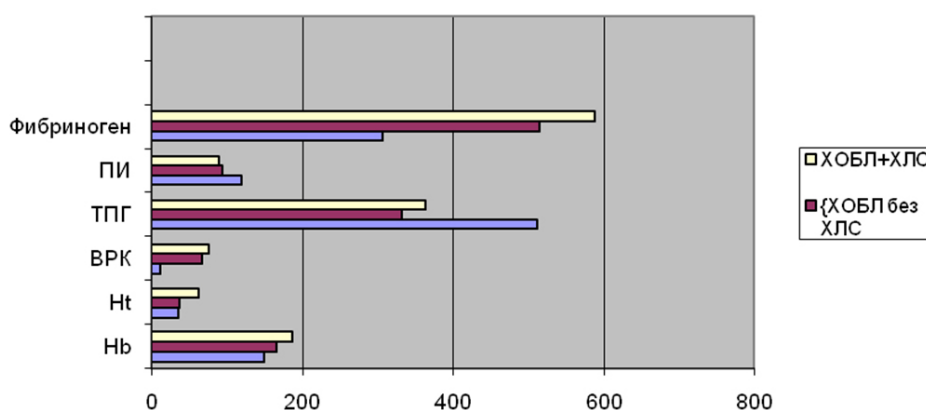
Как видно из таблицы 3, при крайне тяжёлом течении ХОБЛ у больных I группы обострение заболевания наступало 7 раз в год и более, объём форсированного выдоха (ОФВ₁) был меньше 40%, при тяжёлом течении заболевание обострялось 4-6 раз в год, ОФВ₁ уменьшался ниже 50%, при среднетяжёлом течении

был <70%, дыхательная недостаточность нарастала постепенно, а при лёгком течении обострение заболевания у больных II группы возникало 1-2 раза в год – ОФВ₁/ФЖЁЛ (форсированная жизненная ёмкость лёгких) были >70% и длительностью до 2-3 недель, выраженные осложнения отсутствовали.


**ТАБЛИЦА 4. ДАННЫЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОБЛ И ХЛС
 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПОВ ВНД**

Изменения ЭКГ показателей	Тип ВНД					
	СИУ (n=73)		СПН (n=5)		Слабый (n=45)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Гемодинамическая нагрузка на правый желудочек	73	100,0	3	60,0	45	61,4*
Гипертрофия правого желудочка	73	100,0			45	61,4*
Суправентрикулярная экстрасистолия	3	4,1				
Желудочковая экстрасистолия	9	12,3			1	1,3*
Неполная блокада правой ножки пучка Гиса	5	6,8			7	9,5
Полная блокада левой ножки пучка Гиса	11	15,0			3	4,1*
Ишемические изменения миокарда	67	91,7			39	53,4*

Примечание: * – $p < 0,05$ статистически значимые различия между пациентами I группы с СИУ типом и слабым типом ВНД II группы


**РИС. 2. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОРЕОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С СИУ ТИПОМ ВНД,
 СТРАДАЮЩИХ ХОБЛ И ХЛС И ХОБЛ БЕЗ ХЛС**

На ЭКГ у всех больных ХОБЛ и ХЛС с СИУ типом ВНД обнаружен R-тип ЭКГ в правых грудных отведениях (V1, V2). В отведении V1 комплекс QRS представлен формами qR, R, Rs, высокими зубцами P II-III, PI и признаком отклонения электрической оси предсердия направо. У лиц с СПН типом ВНД правая граница сердца в 98% случаев не увеличена, и только у 3% больных с гипертонической болезнью была увеличена левая граница. У лиц со слабым типом ВНД, наоборот, во всех случаях наблюдалось уменьшение размеров сердца. Данные электрокардиографии у пациентов с ХОБЛ и ХЛС в зависимости от типов ВНД представлены в таблице 4.

Как видно из таблицы 4, гемодинамическая нагрузка на правый желудочек, гипертрофия правого желудочка и ишемические изменения миокарда встречались во всех случаях у пациентов с СИУ и слабым типами ВНД. Суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия отмечена у пациентов с СИУ типом

ВНД (4,1% и 12,3%). Нарушений ритма сердца у больных с СПН типом ВНД не было выявлено.

Учитывая, что гемокоагуляционные нарушения, в основном, встречались у лиц с СИУ типом ВНД, страдающих ХОБЛ и ХЛС, мы сочли необходимым провести сравнительную характеристику среди этих категорий лиц. Уровень Hb у больных с СИУ типом ВНД с гипертонической конституцией и упитанным телосложением, страдающих ХОБЛ и ХЛС, был повышен ($187,5 \pm 2,1$ против $170,0 \pm 0,5$), что связано с симптоматическим эритроцитозом. Уровень фибриногена у больных ХОБЛ и ХЛС ($187,0 \pm 1,5$) был в 1,3 раза выше по сравнению с пациентами с ХОБЛ без ХЛС ($137,0 \pm 1,0$) и здоровыми лицами ($140,0 \pm 1,0$). Показатели времени рекальцификации (ВРК) укорочены более значительно у этих категорий лиц по сравнению со здоровыми лицами. Средний показатель толерантности плазмы к гепарину (ТПГ) ($364,0 \pm 1,6$), протромбиновый индекс (ПИ) ($85,0 \pm 1,0$)

достоверно были снижены у больных ХОБЛ и ХЛС по сравнению с пациентами с ХОБЛ без ХЛС и здоровыми лицами ($119,0 \pm 1,0$), тогда как гематокрит (Ht) в 2 раза был увеличен у пациентов с ХОБЛ и ХЛС ($63,0 \pm 3,5$ и $36,3 \pm 1,3$). Сравнительный анализ показателей гемореокоагуляции больных с СИУ типом ВНД, страдающих ХОБЛ и ХЛС, представлен на рисунке 2.

Таким образом, проведенное исследование выявило значительные сдвиги в системе гемостаза у пациентов с СИУ типом ВНД, страдающих ХОБЛ и ХЛС, по сравнению с лицами II группы. Лица с СИУ типом ВНД относятся к группе риска по развитию ДВС-синдрома.

**ТАБЛИЦА 5. СОСТОЯНИЕ
ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
У БОЛЬНЫХ С СИУ ТИПОМ ВНД,
СТРАДАЮЩИХ ХОБЛ С ХЛС И ХОБЛ БЕЗ ХЛС**

Показатель	ХОБЛ и ХЛС (I группа)	ХОБЛ без ХЛС (II группа)
ПЖ, см	$7,97 \pm 0,15$	$4,97 \pm 0,11$ *
Рсис.т. ЛА, мм рт.ст.	$37,2 \pm 1,46$	$18,0 \pm 3,19$ **
КДРПЖ, см	$9,03 \pm 0,34$	$5,03 \pm 0,13$ *
КСРЛЖ, см	$8,5 \pm 0,36$	$7,3 \pm 0,15$
ФВ, %	$30,5 \pm 3,44$	$61 \pm 2,07$ **

Примечание: * - $p < 0,001$ и * - $p < 0,05$ статистически значимые различия показателей между группами

Хроническое лёгочное сердце у пациентов с СИУ типом ВНД, страдающих ХОБЛ, характеризовалось появлением ЭхоКГ-признаков ремоделирования правых отделов сердца в виде утолщения передней стенки правого желудочка (ПЖ) в 1,6 раза больше (табл. 5), чем у пациентов II группы с СИУ типом ВНД без ХЛС ($7,97 \pm 0,15$ и $4,97 \pm 0,11$), увеличением удельного веса лёгочной гипертензии (Рсис.т. ЛА, мм рт. ст.) ($37,2 \pm 1,46$ и $18,0 \pm 3,19$) и конечно-диастолического размера правого желудочка (КДРПЖ) ($9,03 \pm 0,34$ и $5,03 \pm 0,13$) в 2 раза больше, чем у пациентов II группы, тогда как между конечно-систолическим размером левого желудочка (КСРЛЖ) статистически значимых различий между группами не было ($8,5 \pm 0,36$ и $7,3 \pm 0,15$). Фракция выброса (ФВ) у пациентов II группы была в 2 раза больше чем у лиц I группы.

ВЫВОДЫ

1. У больных с СИУ типом ВНД, страдающих ХОБЛ и ХЛС, по сравнению с лицами с ХОБЛ без ХЛС усугубляется выраженность клинической симптоматики и степень выраженности дыхательной недостаточности.
2. Предикторами развития хронического лёгочного сердца являются: наличие у пациентов с СИУ типом ВНД признаков диастолической дисфункции правого желудочка, умеренной лёгочной гипертензии и дилатации правого предсердия.
3. Существует закономерная связь между типологическими особенностями свойств нервной системы, показателями внешнего дыхания и характером гемореокоагуляционных нарушений. У больных с СИУ типом ВНД упитанного телосложения, с гиперстенической конституцией, на фоне ХОБЛ и Cor-pulmonali, возрастает риск развития тромбоэмболических осложнений.
4. У лиц с СИУ типом ВНД все показатели ФВД оказались значительно сниженными, причём более, чем у лиц с СПН типом ВНД и менее, чем у лиц со слабым типом ВНД.
5. Осведомлённость клинициста о типах ВНД, причинных факторах развития ХОБЛ и ХЛС, функциональных расстройствах со стороны вегетативной нервной системы, тяжести течения заболевания предопределяет прогноз заболевания и предотвращает грозные осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Овчаренко С.И. Типология расстройств личности и реагирования на заболевание при хронической обструктивной болезни лёгких / С.И. Овчаренко // Журнал пульмонологии. - 2013. - № 2. - С. 74-80.
2. Якушева Э.В. Гемокоагуляционные сдвиги при хронической обструктивной болезни лёгких / Э.В. Якушева [и др.] // Научный журнал. - 2008. - № 6. - М. - С. 160-161.
3. Кароли Н.А. Хроническая обструктивная болезнь лёгких и кардиоваскулярная патология: клинико-функциональные взаимоотношения и прогнозирование течения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Н.А. Кароли. - Саратов. - 2007. - 47с.
4. Теплов Б.М. Современное состояние вопроса о типах высшей нервной деятельности и их определение. В кн. Психология индивидуальных различий // Под ред. Б.М. Теплова. Изд-во АПН РСФСР. - М. - 1982. - 115с.
5. Ярославская М. А. Психологические стратегии адаптации к заболеванию больных с хроническими неспецифическими заболеваниями лёгких: автореф. дис. ... канд. психол. наук / М.А. Ярославская. - М. - 2011. - 23с.



6. Лиханос В.О. Особенности регуляторных механизмов гемостаза при хронической обструктивной болезни лёгких: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.О. Лиханос. - Ставрополь. - 2011. - 25с.
7. Хроническая обструктивная болезнь лёгких: монография [под ред. А.Г. Чучалина]. - 2-е изд., стереотип. - М.: Атмосфера. - 2011. - 568с.
8. Сивцева А.И. Формирование хронического лёгочного сердца и возможности медикаментозной коррекции процесса ремоделирования правых и левых отделов сердца у больных ХОБЛ: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.И. Сивцева. - М. - 2009. - 25с.
9. Duorado V.Z. Systemic manifestations in chronic obstructive pulmonary disease / V.Z. Duorado, S.E.Tanni, S.A. Vale [et al.] // J. Bras. Pneumol. - 2006. - Vol. 32, № 2. - P. 161-171.

Summary

Uncontrolled and refractory arterial hypertension in age and sex aspects

G.A. Acheva, G.M. Negmatova, Kh.Yo. Sharipova, R.G. Sohibov
Chair of Propaedeutics of Internal Medicine Avicenna TSMU

This report presents the results of a retrospective study of the frequency uncontrolled (UKAH) and resistant hypertension (RAH) in age and sex aspects in 1179 patients hospitalized with essential hypertension (AH).

In majority of patients (71,7%) hospitalized with hypertension during treatment blood pressure was reduced by 10%, but target levels (systolic blood pressure - less than 140, diastolic blood pressure - less than 90 mm Hg) not have been achieved in 62,2% of patients who reached the group with UKAH and RAH.

The summarized frequency of UKAH and RAH at women more prevalent (65,7%) over that of men (62,3%), the differences were not statistically significant ($p > 0,05$). In men RAH was less common than controlled, accounting for 27,9% and 37,7%, respectively ($p < 0,05$).

The frequency of NKAG RAG in the group of middle age patients was dominant, but a combine antihypertensive therapy in middle age was carried out less frequently. In the middle age group is much more frequently observed inadequate frequency of receiving antihypertensive drugs with a predominance of males in the group. Inadequate doses of antihypertensive drugs received about 1/3 of patients and changing regimens in all groups of patients with hypertension are rare.

Key words: arterial hypertension, antihypertensive therapy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Мустайфакулова Намуна Ибрагимовна –
заведующая кафедрой внутренних болезней №3 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. И. Сомони, 59
E-mail: dr.nanuna@mail.ru