

РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА В ФОРМИРОВАНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СНИЖЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ГИПЕРУРБАНИЗАЦИИ

Работа проведена на базах 3 поликлиник г. Баку и сопряженных с ними школах, детских садах и яслях (родители) и близлежащих торговых объектах и офисах (работники). Использовали опросники Ридера и SF-36, адаптированных к местным условиям. Анализировали 1787 полностью заполненные анкеты. Слабый уровень ЭС выявлен у 29,3±1,1% жителей, средний уровень - у 51,3±1,2% (P<0,001), сильный уровень - у 19,4±0,9% (P<0,001). На каждого жителя из этих групп приходится соответственно 1,76±0,18; 2,61±0,13 (P<0,001) и 4,02±0,24 (P<0,001) случаев заболеваемости. Медицинская обращаемость по поводу заболеваемости составляет 4,02±0,15 визитов в поликлинику в течение года, из них всего 0,75±0,11 визитов по поводу ЭС. Заболеваемость в сочетании с ЭС снижает КЖ жителей. Показатель КЖ ниже удовлетворительного уровня и составляет в среднем 54,9±1,9 баллов.

Ключевые слова: гиперурбанизация, городские жители, эмоциональный стресс, заболеваемость, качество жизни.

В настоящее время эмоциональный стресс (ЭС) признан одним из ведущих факторов риска, наносящий существенный ущерб здоровью, принимающего участие в формировании различной заболеваемости населения, снижающего его работоспособность и качество жизни [1,8]. Интенсификация жизни в условиях гиперурбанизации городов активизирует социально-поведенческие стрессоры и повышает подверженность больших групп населения ЭС [2,4,9].

Стрессовые проявления в семье, службе, транспорте, торговых объектах ежедневно испытывает практически каждый человек, но сила их воздействия на организм варьирует в очень широких пределах. Поэтому важно определить какие уровни ЭС оказывают наиболее отягощающие воздействия на организм, способствуют формированию разной заболеваемости и снижают качество жизни населения [5,6,10]. Особенно ценны эти исследования на популяционном уровне [7], тем более для таких исследований имеется надежный и удобный инструмент-шкала Ридера [12] и его валидизированные аналоги [11].

Целью работы было изучение роли ЭС в формировании заболеваемости, снижении работоспособности и качества жизни городского населения в условиях гиперурбанизации.

Материал и методы исследования. Работу провели на базах 3 городских поликлиник (Сабаильский, Ясамальский и Сабунчинский районы) с охватом их пациентов, а также родителей в сопредельных детских учреждениях (3 школы, 4 детских садов и яслей) и работников 12 торговых объектов и офисов. На основе международного стандартизированного опросника SF-36 разработали адаптированную к местным условиям анкету (на азербайджанском и русском языках), в которую были включены вопросы, отражающие социально-гигиенические аспекты ЭС. Всего подготовлено и роздано в указанных объектах 4000 анкет и шкала Ридера. В раздаче и сборе двойных анкет принимали участие коллективы этих объектов, а также студенты III и IV курсов АМУ. Отклик составил 1787 анкет и школа Ридера (44,7±0,8%). Вопросы анкеты были кодированы, что облегчало и ускоряло их обработку. Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи средней арифметической взвешенной и критерия Стьюдента [3].

Результаты исследования и их обсуждение. Практически каждый из анкетированных предъявлял, согласно шкале Ридера, те или иные симптомы, характерные для ЭС, но сила проявления ЭС заметно различалась. Так, у 523 из 1787 анкетированных уровень ЭС был слабым (29,3±1,1%), у 917 соответственно средним (51,3±1,2%; t=13,49; P<0,001), у 347-сильным (13,4±0,9%; t=20,09; P<0,001). Слабый уровень ЭС является большей частью позитивной реакцией организма на воздействие внешних стрессоров и отличается непродолжительным, быстропроходящим характером. Сильный уровень ЭС, наоборот, оказывает негативное воздействие на организм, отличается продолжительным медленно угасающим характером. Средний уровень ЭС носит преходящей характер. Поэтому ЭС является одним из факторов риска,

способствующий формированию различной заболеваемости, что подтверждают и результаты наших исследований (табл.1)

Прежде всего необходимо отметить, что выявлен довольно высокий уровень заболеваемости городских жителей, репрезентативными представителями которых являются анкетированные, составляющие в среднем $58,1 \pm 1,2\%$. В то же время роль ЭС в формировании заболеваемости очевидна. Так, если заболеваемость анкетированных со слабым уровнем ЭС которых можно принять в качестве контрольной группы, составляет $49,1 \pm 2,2\%$, то заболеваемость анкетированных со средним уровнем ЭС достигает более высокого показателя - $58,2 \pm 1,6\%$ ($t=3,35$; $P<0,001$). Еще более высокого показателя заболеваемость достигает среди анкетированных с сильным уровнем ЭС - $71,5 \pm 2,4\%$ ($t=4,62$; $P<0,001$). т.е. заболеваемость при сильном уровне ЭС больше в 1,46 раз таковой при слабом уровне ЭС. Несмотря на разный уровень заболеваемости в выявляемости отдельных ее нозоформ во всех группах анкетированных наблюдается однотипность. Не считая стоматологическую заболеваемость, показатель которой для всей группы анкетированных составляет $53,3 \pm 1,2\%$, более высокая выявляемость отмечена для желудочно-кишечных и легочных заболеваний и артериальной гипертензии, их показатели варьируют в пределах от $28,5 \pm 1,1$ до $31,3 \pm 1,1\%$ ($t=1,67$; $P>0,05$). Несколько им уступают оториноларингологические, эндокринологические и неврологические заболевания ($t=5,37$; $P<0,001$), показатели которых варьируют в пределах от $18,8 \pm 0,3$ до $20,5 \pm 1,0\%$ ($t=1,26$; $P>0,05$).

Таблица 1

Состояние заболеваемости при разных уровнях ЭС анкетированных

Группы нозоформ заболеваемости	Частота заболеваемости при разных уровнях ЭС							
	Слабый		Средний		Сильный		Всего	
	n=523		n=917		n=347		n=1787	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Желудочно-кишечные	105	$20,1 \pm 1,8$	273	$29,8 \pm 1,5$	132	$38,0 \pm 2,6$	510	$28,5 \pm 1,1$
Стоматологические	220	$42,1 \pm 2,2$	501	$54,6 \pm 1,6$	231	$66,6 \pm 2,5$	952	$53,3 \pm 1,2$
Сердечно-сосудистые	24	$4,6 \pm 0,9$	94	$10,3 \pm 1,0$	69	$19,9 \pm 2,1$	187	$10,5 \pm 0,7$
Артериальная гипертензия	122	$23,3 \pm 1,9$	290	$31,6 \pm 1,5$	147	$42,4 \pm 2,7$	559	$31,3 \pm 1,1$
Мочеполовой системы	43	$8,2 \pm 1,2$	125	$13,6 \pm 1,1$	74	$21,3 \pm 2,2$	242	$13,7 \pm 0,8$
Оториноларингологические	58	$11,1 \pm 1,4$	157	$17,1 \pm 1,2$	121	$34,9 \pm 2,6$	336	$18,8 \pm 0,9$
Легочные	126	$24,1 \pm 1,9$	282	$30,8 \pm 1,5$	136	$39,2 \pm 2,6$	544	$30,4 \pm 1,1$
Эндокринологические	68	$13,0 \pm 1,5$	186	$20,3 \pm 1,8$	113	$32,6 \pm 2,5$	367	$20,5 \pm 1,0$
Аллергологические	27	$5,2 \pm 1,0$	109	$11,9 \pm 1,4$	83	$23,9 \pm 2,3$	219	$12,3 \pm 0,8$
Неврологические	65	$12,4 \pm 1,4$	178	$19,4 \pm 1,3$	124	$35,7 \pm 2,6$	367	$20,5 \pm 1,0$
Дерматологические	18	$3,4 \pm 0,8$	77	$8,4 \pm 0,9$	63	$18,2 \pm 2,1$	158	$8,8 \pm 0,7$
Гинекологические	25	$4,8 \pm 0,9$	51	$5,6 \pm 0,8$	36	$10,4 \pm 1,6$	112	$6,3 \pm 0,6$
Прочие	21	$4,0 \pm 0,9$	74	$8,1 \pm 0,9$	65	$18,7 \pm 2,1$	160	$9,0 \pm 0,7$
Всего	257	$49,1 \pm 2,2$	534	$58,2 \pm 1,6$	248	$71,5 \pm 2,4$	1039	$58,1 \pm 1,2$
Сумма частот заболеваемости	922		2397		1394		4713	
Число заболеваемости в среднем на 1 анкетированного	$1,76 \pm 0,18$		$2,61 \pm 0,13$		$4,02 \pm 0,24$		$2,64 \pm 0,11$	

Примечание: гинекологическая заболеваемость приводится относительно анкетированной 921 женщины.

По сравнению с ними менее всего выявляемость сердечно-сосудистых, аллергологических, дерматологических и гинекологических (у женщин) заболеваний, мочеполовой системы и прочей ($t=4,25$; $P<0,001$), их показатели варьируют в пределах от $6,3 \pm 0,6$ до $13,7 \pm 0,8\%$ ($t=7,40$; $P<0,001$). В целом, на каждого анкетированного со слабым уровнем ЭС приходится в среднем $1,76 \pm 0,18$ случаев заболеваемости, на каждого анкетированного со средним уровнем ЭС соответственно $2,61 \pm 0,13$ случаев ($t=3,86$; $P<0,001$) и на каждого анкетированного с сильным уровнем ЭС - $4,02 \pm 0,24$ случаев ($t=5,22$; $P<0,001$). Большой разницы в частоте и структуре заболеваемости анкетированных мужского и женского полов не выявлено. На каждого мужчину пришлось в среднем $2,51 \pm 0,16$ случаев заболеваемости, на каждую женщину - $2,76 \pm 0,14$ случаев ($t=1,19$; $P>0,05$). Успех в снижении заболеваемости населения во многом зависит от своевременности медицинской обращаемости, достоверной клинико-лабораторной диагностики и эффективного лечения. Особенно это важно при высоком уровне распространенности заболеваемости среди населения. Однако анализ медицинской обращаемости анкетированных за последний год показывает, что обращаемость очень низка не только по поводу стресса, но и выявленной заболеваемости вообще (табл. 2). Из собеседований с врачами выяснилось, что медицинская обращаемость городскими жителями преимущественно осуществляется при уже развитой клинической картине заболевания, поэтому их лечение осложняется, требует проведения длительного назначения лекарств и очень часто приобретает хронический характер. Например,

2888 из 7191 визитов в поликлинику были совершены анкетированными, у которых заболевание протекало более года ($40,2 \pm 0,6\%$). Ко всему очень низка и приверженность анкетированных к лечению, -они часто не совершают плановые визиты в поликлинику, отказываются от повторных лабораторных исследований, при снижении клинической симптоматики самостоятельно прекращают лечение или заменяют одни лекарства на другие.

Таблица 2

Медицинская обращаемость анкетированных за последний год

Уровень ЭС	Медицинская обращаемость за последний год				
	Число анкетированных	По поводу заболеваемости		В т.ч. по поводу ЭС	
		абс.	В среднем	абс.	В среднем
Слабый	523	1158	$2,21 \pm 0,21$	-	-
Средний	917	3885	$4,24 \pm 0,17$	687	$0,75 \pm 0,12$
Сильный	347	2148	$6,19 \pm 0,19$	652	$1,88 \pm 0,14$
Всего	1787	7191	$4,02 \pm 0,15$	1339	$0,75 \pm 0,11$

В целом, каждый анкетированный в течение года совершил в среднем $4,02 \pm 0,15$ визитов в поликлинику. При этом в совершении этих визитов по поводу различной заболеваемости большая «теневая» роль принадлежит ЭС. В частности, если при слабом уровне ЭС было совершено в среднем $2,2 \pm 0,21$ визитов, то при среднем уровне ЭС их число достигло $4,24 \pm 0,17$ визитов ($t=7,52$; $P<0,001$), а при сильном уровне ЭС - $6,19 \pm 0,19$ визитов ($t=7,80$; $P<0,001$), т.е. ЭС не только принимает участие в формировании заболеваемости, но и отягощает ее клиническое течение и тем самым учащает медицинскую обращаемость анкетированных.

По поводу же самого ЭС было совершено 1339 из 7191 визитов в поликлинику ($18,6 \pm 1,5\%$), или $0,75 \pm 0,11$ визитов на каждого анкетированного. Причем, если по поводу слабого уровня ЭС визиты не были совершены, то по поводу среднего уровня ЭС их число составило в среднем $0,75 \pm 0,12$ визитов, а по поводу сильного уровня ЭС соответственно $1,88 \pm 0,14$ визитов ($t=6,28$; $P<0,001$). Как таковая медицинская помощь пациентам с ЭС не организована, обычно при визитах пациентов направляют к невропатологу. Учитывая, что ЭС очень часто протекает в сочетании с какой либо нозоформой (или нозоформами) заболеваемости то пациентов успокаивают тем, что после излечения заболевания симптоматика, характерная для ЭС, также угаснет. Нередко пациентам с ЭС безосновательно назначают успокаивающие средства или же их направляют в другие специализированные лечебные учреждения.

Широкая распространенность ЭС среди городского населения, отягощающее влияние его на здоровье и значимая роль в формировании различной заболеваемости, недостаточная приверженность относительно медицинской обращаемости и лечения заболеваемости, изъяны в медицинском обслуживании пациентов с ЭС являются основными факторами, отражающие на качестве жизни населения. Результаты анкетирования позволили оценить качество жизни анкетированных с разными уровнями ЭС (табл. 3).

Таблица 3

Показатели качества жизни анкетированных с разными уровнями ЭС

Уровень ЭС	Число анкетированных	Показатели качества жизни, баллы						В среднем
		<30		30-70		>70		
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Слабый	523	82	$15,7 \pm 1,6$	168	$32,1 \pm 2,1$	273	$52,2 \pm 2,2$	$62,8 \pm 3,2$
Средний	917	238	$26,0 \pm 1,4$	333	$36,3 \pm 1,6$	346	$37,7 \pm 1,6$	$54,1 \pm 2,3$
Сильный	347	112	$32,3 \pm 2,5$	173	$49,9 \pm 2,7$	62	$17,9 \pm 2,1$	$45,0 \pm 3,4$
Всего	1787	432	$24,2 \pm 1,0$	674	$37,7 \pm 1,1$	681	$38,1 \pm 1,1$	$54,9 \pm 1,9$

Наименьшая частота удовлетворительного показателя качества жизни выявлена среди анкетированных с сильным уровнем ЭС - $17,9 \pm 2,1\%$ случаев, она гораздо выше среди анкетированных со средним уровнем ЭС - $54,1 \pm 2,3\%$ случаев ($t=7,50$; $P<0,001$) и особенно среди анкетированных со слабым уровнем ЭС - $52,2 \pm 2,2\%$ случаев ($t=5,33$; $P<0,001$). В то же время в частоте неудовлетворительного показателя качества жизни наблюдается обратная картина, она наиболее высока среди анкетированных, указанных первыми, - $32,3 \pm 2,5\%$ случаев, затем вторыми - $26,0 \pm 1,4\%$ случаев ($t=2,20$; $P<0,05$) и третьими - $15,7 \pm 1,6\%$ случаев ($t=4,84$; $P<0,001$).

В целом, у всей группы анкетированных показатель качества жизни не достигает удовлетворительного уровня, составляя в среднем $54,9 \pm 1,9$ баллов. Но при этом данный показатель выше среди анкетированных со слабым уровнем ЭС - $62,8 \pm 3,2$ баллов, чем среди анкетированных со средним уровнем ЭС - $54,1 \pm 2,3$ баллов ($t=2,21$; $P<0,05$) и особенно среди

анкетированных с сильным уровнем ЭС - $45,0 \pm 3,4$ баллов ($t=2,22$; $P<0,001$). Очевидность роли высоких уровней ЭС в снижении качества жизни городских жителей не вызывает сомнений.

Результаты проведенного исследования показывают, что в условиях гиперурбанизации создаются и активизируются факторы, благоприятствующие широкому распространению ЭС среди городского населения, причем более половины из них подвержены воздействию сильного уровня ЭС. Отягощающей здоровью характеристикой ЭС является то, что он способствует формированию среди городских жителей различные заболеваемости, частота которой зависит от силы проявления ЭС. На фоне низкой медицинской обращаемости ее показатели возрастают по мере повышения уровня ЭС. В результате качество жизни большинства городских жителей не соответствует удовлетворительному уровню и требует немалых усилий по его коррекции. Одним из подходов по ослаблению воздействия ЭС на здоровье и качество жизни городского населения является повышение его информированности относительно ЭС и мерах активного противодействия факторам, приводящим к формированию ЭС.

Собеседования с анкетированными показали, что уровень их информированности по проблеме ЭС очень низкий, что ограничивает их возможности как активного противодействия факторам риска, так и своевременной медицинской обращаемости. Согласно пожеланиям анкетированных, нами в краткой и доступной форме составлена и распространена среди населения информационная памятка по основным вопросам диагностики, лечения и профилактики ЭС.

Заключення

Процеси гиперурбанизации способують формуванню среди городских жителей ЭС, который повышает уровень их заболеваемости и снижает качество жизни. Во многом распространению факторов риска ЭС способует недостаточная информированность городских жителей.

Перспективи дальнейших исследований в данном направлении. Планируется улучшение организационно-разъяснительной работы.

Список литературы

1. Britov A.N. Vliyanie psihologicheskikh faktorov na integralnyuyu harakteristiku zdorovya/ A.N.Britov, N.A.Eliseeva, A.D.Deev i dr. //Klinicheskaya meditsina.- 2015.- No.1.- s.56-62.
2. Velichkovskiy B.T.Sotsialnyy stress, trudovaya motivatsiya i zdorove/ B.T.Velichkovskiy //Byulleten VSNTs SO RAMN.- 2012.-No.2 (40), s.24-36.
3. Glants S. Mediko-biologicheskaya statistika/ S.Glants - M., 1999, s.462
4. Kotova M.B.Obraz zhizni, otnoshenie k zdorovyu i povedencheskie privyichki v usloviyah psihosotsialnogo stressa sotrudnikov obsheobrazovatelnykh shkol Moskvyi/ M.B.Kotova, V.B.Rozanov, A.A.Aleksandrov //Profilakticheskaya meditsina.- 2013.- No.5.- s.20-29.
5. Osipova I.V. Vliyanie psihosotsialnogo stressa na faktory riska serdechno-sosudistykh zabolovaniy u muzhchin/ I.V.Osipova, N.V.Pyrikova, O.N.Antropova i dr. //Kardiologiya.- 2014.-No.3.- s.42-45.
6. Shemyakina O.O. Analiz prichin stressa i metody ego profilaktiki/ O.O.Shemyakina // Psihologiya i pravo.-2012.- No.2.- s.1-11.
7. Deschamps F. Sources and assessment of occupational stress in the police. / F.Deschamps, I.Paganon-Badinier, A.C. Marchand// J Occup Health.- 2013.- v.45.- №6.-p. 358-364.
8. Gavil S.R. Socioeconomic Status and Improvements in Lifestyle, Coronary Risk Factors and Quality of life. The Multisite Cardiac Lifestyle Intervention Program./ S.R.Gavil, G.Weidner, T.Merrin-Warden, D.Ornish // Am J Public Health.- 2009.- v.99.-№ 7.- c.1263-1270.
9. Kauvonen A. Relationship Between Work Stress and Body Mass Index Among 45,810 Female and Male Employees./ A.Kauvonen, M.Kivimaki, S.J. Cax // Psychosom Med 2009.-v.67.-p. 577-583.
10. Lamaniages A.D. A systematic Review of the Job-stress Intervention Evaluation Literature, 1990-2005./ A.D.Lamaniages, A.M.Louie, P.A. Landsbergis // Int J Occup Environ Health .-2013.-, 13.-p.268-280.
11. Metcalfe C. A contemporary validation of the Reeder Stress Inventory. / C.Metcalfe, G.D.Smith, E.Wadsworth, et.al. //Br J Health Psychol .-2003.- № 8.-p. 83-94.
12. Reeder L. Socioenvironmental stress, tranquilizers and cardiovascular disease . / L.Reeder, J.Champan, A.Coulson // Proceedings of the Excerpta Medica International Congress Series. -1968.-182. – p.226-238.

Реферати

РОЛЬ ЭМОЦИОННОГО СТРЕСУ У ФОРМУВАННІ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ЗНИЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ МІСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ГІПЕРУРБАНІЗАЦІЇ

Бадалова А.О.

Робота виконана на базах 3 поліклінік м. Баку і пов'язаних з ними школах, дитячих садах і яслах (батьки) і прилеглих торгових об'єктах і офісах (працівники).

THE ROLE OF EMOTIONAL STRESS IN THE FORMATION OF MORBIDITY AND REDUCED QUALITY OF LIFE OF THE URBAN POPULATION IN TERMS OF HYPERURBANIZATION

Badalova A. O.

The work carried out on the bases 3 urban clinics, with outreach to their patients and parents at neighboring institutions (3 schools, 4 kindergartens and nurseries) and

Використовували опитувальники Рідера і SF-36, адаптованих до місцевих умов. Аналізували 1787 повністю заповнені анкети. Слабкий рівень ЕС виявлено у $29,3 \pm 1,1\%$ жителів, середній рівень - у $51,3 \pm 1,2\%$ ($P < 0,001$), сильний рівень - у $19,4 \pm 0,9\%$ ($P < 0,001$). На кожного жителя з цих груп припадає відповідно $1,76 \pm 0,18$; $2,61 \pm 0,13$ ($P < 0,001$) і $4,02 \pm 0,24$ ($P < 0,001$) випадків захворюваності. Медична зверненість з приводу захворюваності становить $4,02 \pm 0,15$ візитів в поліклініку протягом року, з них всього $0,75 \pm 0,11$ візитів з приводу ЕС. Захворюваність в поєднанні з ЕС знижує ЯЖ жителів. Показник ЯЖ нижче задовільного рівня і становить в середньому $54,9 \pm 1,9$ балів.

Ключові слова: гіперурбанізація, міські жителі, емоційний стрес, захворюваність, якість життя.

Стаття надійшла 10.10.2016 р.

workers on 12 commercial facilities and offices. The response has made 1787 questionnaires and school A low level of ES detected in $29,3 \pm 1,1\%$ of the population, the average level - at the level of $51,3 \pm 1,2\%$ ($P < 0,001$), a strong level - $19,4 \pm 0,9\%$ ($P < 0,001$). Every inhabitant of these groups have, respectively, a $1,76 \pm 0,18$; $2,61 \pm 0,13$ ($P < 0,001$) and of $4,02 \pm 0,24$ ($P < 0,001$) of cases of morbidity. Medical uptake on the incidence is of $4,02 \pm 0,15$ visits to the clinic during the year, of which only $0,75 \pm 0,11$ visits regarding EHS. The incidence in combination with the ES reduces the QOL of the residents. The QOL index is below a satisfactory level, and an average of $54,9 \pm 1,9$ points.

Key words: hyperurbanization, urban, emotional stress, morbidity, quality of life

Рецензент Голованова І.А.

УДК 616.124.2-092:616.12-008.46-036-056.257:[547.922-547.426.23]

И. И. Бізіян

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ ХРОНІЧНІЙ СЕРЦЕВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ НА ТЛІ ЗАЙВОЇ ВАГИ ЗАЛЕЖНО ВІД РІВНЯ ЗАГАЛЬНОГО ХОЛЕСТЕРИНУ ТА ТРИГЛЦЕРИДІВ

Досліджено функціональний стан лівого шлуночка (ЛШ) при хронічній серцевій недостатності (ХСН) на тлі зайвої ваги залежно від рівня загального холестерину (ЗХС) та тригліцеридів (ТГ). Встановлено, що нижчі показники ЗХС та ТГ супроводжується переважанням за функціональним класом ХСН, поширенням і поглибленням систолічної дисфункції ЛШ та легеневої гіпертензії. Не спостерігалось вірогідних відмінностей за показниками діастолічної функції ЛШ залежно від рівня ЗХС. При високому вмісті ТГ наявність достовірного переважання швидкості пізнього діастолічного наповнення одночасно з невірогідно нижчим співвідношенням швидкостей раннього та пізнього діастолічного наповнення засвідчує тенденцію до глибших проявів діастолічної дисфункції міокарда. Нижчі значення ЗХС та ТГ у пацієнтів з ХСН на тлі надлишкової маси тіла та ожиріння асоціюються з глибшими порушеннями функціонального стану ЛШ

Ключові слова: хронічна серцева недостатність, функціональний стан міокарда, зайва вага, рівень ліпідів.

Робота є фрагментом НДР «Дослідження клініко-патогенетичних особливостей ІХС у пацієнтів з різними варіантами перебігу, ускладненнями та супутніми патологічними станами, удосконалення методів діагностики та оптимізація лікування», № держреєстрації 0109U003983.

Одними з основних ланок патогенезу розвитку та прогресування хронічної серцевої недостатності (ХСН) є порушення функціонального стану міокарда та обміну ліпідів [1]. Все більше досліджень засвідчують парадоксальні зміни ліпідного обміну у хворих на ХСН, що проявляється гіршим перебігом та наслідками захворювання при нижчій концентрації ліпідів [4]. З іншого боку високий вміст холестерину супроводжується кращою виживаністю хворих на ХСН як ішемічного, так і неішемічного генезу [5]. Такі зміни отримали назву «парадокс ліпідів», або «парадокс холестерину» [2]. Не дивлячись на успіхи досягнуті терапії ХСН остаточно роль статинів не з'ясована [6]. Ефективність використання ліпідзнижуючої терапії для первинної та вторинної профілактики у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) є незаперечною, проте доцільність призначення статинів у пацієнтів з вже наявною клінічно маніфестною ХСН лишається дискусійною [7, 8, 9]. Низкою досліджень у хворих на ХСН продемонстровано позитивний вплив призначення ліпідзнижуючої терапії на перебіг захворювання [10], в той час як в інших достовірної переваги не встановлено [11, 12, 13]. В останніх настановах з діагностики та лікування ГСН і ХСН Європейського товариства кардіологів (2016), зазначено, що високий вміст атерогенного холестерину є рідкістю при вже наявній значній ХСН зі зниженою фракцією викиду (ФВ) ЛШ, частіше має місце низька концентрація холестерину ліпопротеїнів низької щільності, що асоціюється з гіршим прогнозом [4]. Контрольованими рандомізованими клінічними дослідженнями не продемонструвало зниження кількості кінцевих точок при використанні розувастатину у хворих на ХСН ішемічного та неішемічного генезу, проте також не відмічалось і збільшення ризику, а за деякими даними відбувалось зниження частоти госпіталізацій [11, 12, 13]. Немає жодних доказів стосовно доцільності початку призначення статинів у більшості хворих на ХСН, проте у пацієнтів, що їй отримували для лікування ІХС терапію слід продовжити [4]. Дещо