

вания ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС) в детстве, в двух группах больных с переменным течением БА. В первую группу были включены больные, у которых степень тяжести заболевания снижалась ($n=41$). Во вторую группу – больные, у которых степень тяжести увеличивалась ($n=24$).

Анализ показал, что в первой группе, где БА у взрослых приобрела более легкое течение, чем в детском возрасте, регулярное и длительное применение ИГКС отмечено у 26 (63,5%) больных из 41, тогда как во второй группе, где заболевание у взрослых трансформировалось в более тяжелое течение по сравнению с детством, ИГКС применялись более чем в 2 раза реже – только у 6 (25,0%) случаев из 24 ($\chi^2=0,04$). Эти данные позволяют предположить модифицирующее влияние ИГКС на эволюцию БА у больных, болеющих с детства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (пересмотр 2011 года). – М.: Российское респираторное общество, 2012. – 108 с.

2. Klein G., Koehler D., Bauer C.P., et al. Standardization of inhalation challenges for measuring the unspecific bronchial inhalation challenges by a reservoir method. Practical guidelines – result of a working session on “Unspecific inhalation challenges” // *Pneumologie*. – 1991. – №45. – P.647-653.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать следующее заключение. Возможны 2 варианта эволюции детской астмы: стабильный (без изменения тяжести болезни) и переменный, для которого характерно либо снижение тяжести заболевания, либо, наоборот, трансформация его в более тяжелую БА. Уровень БГР у взрослых больных БА тесно ассоциирован с ее тяжестью в детстве, что, по-видимому, обусловлено участием генетических механизмов в формировании не только астмы как таковой, но и степени ее тяжести. И, наконец, результаты, подтверждающие модифицирующее влияние ИГКС на эволюцию БА в сторону ее более легкого течения, хорошо согласуются с современной концепцией терапии БА, подчеркивающей необходимость ранней интервенции ИГКС при данной патологии, в том числе и у детей.

3. Paediatric asthma. – European respiratory society monograph, 2012. – 234 p.

4. Sterns D.A., Morgan W.J., Halonen M., et al. Wheezing and bronchial hyperresponsiveness in early childhood as a predictor of newly diagnosed asthma in early adulthood // *Lancet*. – 2008. – №12. – P.1058-1064.

5. Taussig L., Wright M., Holberg C., et al. Tucson Children respiratory study // *J. Allergy Clin. Immunology*. – 2000. – №111. – P.661-675.

Информация об авторах: Черняк Борис Анатольевич – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Иванов Александр Федорович – ассистент кафедры, к.м.н., 664079, г. Иркутск, Юбилейный, 100, ИГМАПО, e-mail: afivanov@rambler.ru.

© ГРИГОРЬЕВА Е.В., СПАСОВА Т.Е. – 2013
УДК 616.33-002:616.8-008.64

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Елена Владимировна Григорьева, Татьяна Евгеньевна Спасова

(Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра геронтологии и гериатрии, зав. – к.м.н., доц. В.Г. Пустозеров)

Резюме. Цель исследования – оценка психоэмоционального и вегетативного статуса больных функциональной диспепсией. Обследовано 135 больных функциональной диспепсией. Установлено, что в группе больных, у которых проводимая стандартная терапия была не эффективна, 84% составили женщины, высокая ситуативная тревожность отмечена у 68,3% больных, высокая личностная тревожность – у 60,9%, наличие депрессии – у 85,2%. Выявлена вегетативная дисфункция у данных больных в виде ваготонии (60,9%) и недостаточного вегетативного обеспечения (39,0%). Эти показатели статистически значимо отличались от аналогичных показателей больных с эффективным лечением.

Ключевые слова: функциональная диспепсия, вегетативная дисфункция, ситуативная и личностная тревожность, депрессия.

PSYCHOEMOTIONAL CONDITION AND VEGETATIVE RESISTANCE IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL DYSPEPSIA

E.V. Grigorjeva, T.E. Spasova

(Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Russia)

Summary. Research objective – the assessment of emotional and vegetative state of patients with functional dyspepsia. It was found that in a group of patients, in whom the conducted standard therapy was not effective, 84% were women, high situational anxiety was observed in 68,3% of patients, high personal anxiety – in 60,9%, the presence of depression – in 85,2%. A vegetative dysfunction in the present patients in the form of vagotonia (60,9%) and insufficient vegetative supply (39,0%) have been observed. These rates were significantly different from similar parameters of patients with effective treatment.

Key words: functional dyspepsia, vegetative resistance, situational and personal anxieties, depression.

Функциональную диспепсию (ФД) диагностируют у 15-20% населения экономически развитых стран. Последние несколько лет активно проводятся исследования, изучающие этиопатогенетическую роль различных факторов. Тем не менее, до настоящего времени нет единого мнения о механизмах развития ФД. Спорным остается вопрос о влиянии *H. pylori* и воспалительных изменений слизистой оболочки желудка на клиническую картину заболевания.

Особенности психической сферы у больных функциональной диспепсией давно привлекают к себе внимание клиницистов [2,4]. Большинство авторов рассматривают ФД как биопсихосоциальное заболевание, при котором психотравмирующие и стрессовые ситуации способствуют возникновению нарушений моторики желудка и двенадцатиперстной кишки [10,11]. Согласно МКБ-10 ФД шифруется в двух разделах: заболевания органов желудочно-кишечного тракта (К.30) и психи-

ческие болезни (F45.31). Это обстоятельство позволяет определить ФД не только как соматический синдром, но и как психосоматический. В литературе обращено внимание на то, что ведение больных с ФД врача общей практики или гастроэнтерологом без учета психосоматического компонента заболевания может не давать положительного результата в лечении. Этот аспект проблемы определяет важность настоящего интегрального исследования.

Частое выявление у больных с ФД различных вегетативных нарушений (функциональные сердечные боли и сердцебиения, усиление потливости, учащенное мочеиспускание) требует оценки состояния вегетативной регуляции, однако исследования, посвященные этим звеньям патогенеза ФД, немногочисленны и разноречивы.

В 2006 году Римским консенсусом III были утверждены два новых варианта ФД: эпигастральный болевой синдром и постпрандиальный дистресс-синдром (диспептические симптомы, вызываемые приемом пищи), в связи с чем актуальной задачей является соотнесение клинических особенностей, моторно-эвакуаторных нарушений желудочно-кишечного тракта, вегетативных расстройств и состояния психического статуса с новыми клиническими вариантами ФД [2,6].

Цель работы: оценка психоэмоционального статуса и вегетативной резистентности больных функциональной диспепсией.

Материалы и методы

После получения информированного согласия на добровольное участие в исследовании выбраны 135 больных с функциональной диспепсией, находящиеся на амбулаторном лечении у врача-гастроэнтеролога городской поликлиники № 2 г. Улан-Удэ. Диагноз функциональной диспепсии поставлен согласно Римским критериям III (2006). Все больные имели *Helicobacter pylori*-негативный статус. Среди обследуемых женщины составили 83 (61,3%), мужчины – 52 (38,7%), средний возраст – 31±6 лет. После постановки диагноза больные получали стандартную терапию ингибиторами протонной помпы и прокинетики в зависимости от ведущего синдрома (болевой или постпрандиальный дистресс-синдром). На 10-й день оценивалась динамика состояния выраженности симптомов с помощью валидизированного опросника GSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale). В результате больные разделены на 2 группы: 1-ю группу составили больные, у которых симптомы были купированы (94 больных), 2-ю группу – пациенты с сохраняющейся симптоматикой (41 больной). На втором этапе исследования указанные группы сравнивались по состоянию психоэмоционального статуса и вегетативной резистентности. Оценка психоэмоционального статуса проводилась по шкале реактивной и личностной тревожности Спилберга, госпитальной шкале депрессии и тревоги [12]. Вегетативную резистентность определяли с помощью заполнения «Вопросника для выявления признаков вегетативных изменений» Российского центра вегетативной патологии А.М. Вейна (тест А.М. Вейна) [1], определения индекса Керде (ИК) [9].

ИК, не превышающий 0,95, интерпретировали как преобладание симпатического тонуса, ИК от 0,96 до 1,09 – как эутонический тип вегетативного статуса, ИК от 1,1 и более – как преобладание парасимпатического тонуса. Вегетативное обеспечение (ВО) оценивали по результатам ортоклиностагической пробы [1].

Для проверки статистической значимости различий показателей в сравниваемых группах использовали t-критерий

Стьюдента. Проверку выборки на нормальность распределения проводили по критерию Шапиро-Уилка. Различия между группами считали значимыми для $p < 0,05$. Результаты представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое значение, m – среднеквадратичное отклонение среднего.

Результаты и обсуждение

Как видно из таблицы 1, изучаемые группы были сопоставимы по возрасту. Во второй группе значительно преобладали женщины (85,4%), тогда как в первой группе распределение по полу оказалось равномерное.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Параметр	Группы больных	
	1 (n=94)	2 (n=41)
Средний возраст, годы	31±5	33±6
Мужчины	46 (49%)	6 (14,6%)
Женщины	48 (51%)	35 (85,4%)

Примечание: n – количество человек в группе.

Важную роль в развитии функциональной диспепсии могут играть психосоциальные факторы. В настоящее время установлено, что почти у всех больных развитию заболевания или ухудшению его течения предшествует хотя бы один из жизненно значимых хронических стрессовых факторов (семейных, производственных, финансовых, жилищных и др.) [10].

У больных ФД в анамнезе чаще выявляются элементы физического насилия в детские годы (unhappy childhood [«несчастливое детство»]), а также эпизоды сексуального принуждения. Таким больным в последующем свойственно более частое обращение за медицинской помощью [7]. Кроме того, у больных с ФД был выявлен более высокий уровень тревоги и депрессии по сравнению со здоровыми, а также показана взаимосвязь с данными психопатологическими нарушениями ряда диспепсических симптомов [12].

По данным О.З. Охлобыстиной [3], результаты психиатрического обследования больных функциональной диспепсией с применением шкал Бека и Гамильтона для оценки депрессии показали, что психопатологические нарушения, выявлявшиеся у всех больных, укладываются в картину соматоформного расстройства. У всех больных, согласно их оценке по шкалам Бека и Гамильтона, наблюдались признаки депрессии. При этом отмечался значительный удельный вес расстройств, которые считаются эквивалентами депрессии и тревоги и которые можно охарактеризовать как «депрессия без депрессии» или «маскированная депрессия».

В результате нашего исследования установлено, что во второй группе больных с сохраняющейся симптома-

Таблица 2

Показатели психоэмоционального статуса (M±m)

Показатели	Группы больных		p
	1 (n=94)	2 (n=41)	
Ситуативная тревожность			
Низкая (до 30 баллов)	58 (61,7±0,52%)	4 (9,7±0,41%*)	0,02
Умеренная (31-44 балла)	34 (36,1±0,12%)	9 (21,9±0,98%*)	0,015
Высокая (45 и более баллов)	2 (2,1±0,01%)	28 (68,3±0,5%*)	0,005
Среднегрупповой показатель (баллы)	29±0,5	47±0,4*	0,005
Личностная тревожность			
Низкая (до 30 баллов)	49 (52,1±0,42%)	6 (14,6±0,09%*)	0,032
Умеренная (31-44 балла)	41 (43,6±0,21%)	10 (24,3±0,15%*)	0,008
Высокая (45 и более баллов)	4 (4,2±0,14%)	25 (60,9±0,02%*)	0,005
Среднегрупповой показатель (баллы)	30±0,4	46±0,2*	0,002
Уровень депрессии			
Отсутствие депрессии	48 (51,0±0,12%)	12 (29,2±0,05%*)	0,024
Легкая депрессия	28 (29,7±0,16%)	14 (34,1±0,31%)	
Умеренная депрессия	14 (34,1±0,14%)	10 (24,3±0,05%)	
Тяжелая депрессия	4 (4,2±0,38%)	5 (12,2±0,07%*)	0,008

Примечания: n – количество больных в группе; * - значения статистически значимы по сравнению с показателями первой группой.

тикой статистически значимо больше было больных с высоким уровнем как ситуативной, так и личностной тревожности (табл. 2). Среднегрупповые показатели тревоги также были статистически значимо выше во второй группе больных. Больные, плохо ответившие на стандартную терапию, имели статистически значимо больший уровень депрессии. Так, во второй группе доля обследуемых без признаков депрессии оказалась в 4 раза меньше, в то время как процент лиц с тяжелой депрессией в 3 раза выше, чем в первой группе.

Высокий уровень тревожности отрицательно влияет на состояние вегетативной нервной системы, вызывая дисбаланс между симпатической и парасимпатической активностью. Возникшая вегетативная дисфункция является одним из механизмов развития ФД [8].

Повышенная возбудимость и легкая истощаемость центральной и вегетативной нервной системы, образование висцеро-висцеральных рефлексов вызывают нарушения двигательной и секреторной функции органов желудочно-кишечной зоны, причем ведущую роль играет нарушение корковых механизмов регуляции [5]. В настоящее время установлено, что основа патогенеза функциональной диспепсии – дискоординация моторики желудка и двенадцатиперстной кишки, которая проявляется расстройством accommodation желудка в ответ на прием пищи, ослаблением его моторно-эвакуаторной функции, повышенной чувствительностью рецепторного аппарата стенки желудка к растяжению (висцеральная гиперчувствительность), нарушением циклической активности желудка в межпищеварительный период [7]. У больных с ФД не только подтверждена роль нарушений гастродуоденальной моторики в возникновении жалоб, но и выявлена положительная корреляция между различными клиническими симптомами и определенными нарушениями двигательной функции желудка и двенадцатиперстной кишки [7].

По данным анкеты вегетативных расстройств у половины больных второй группы имеются признаки вегетативной дисфункции, 12% отметили выраженные вегетативные расстройства, тогда как в первой группе вегетососудистая дистония по результатам анкетирования отмечена лишь у 27,7% (табл. 3).

Аналогичная ситуация выявлена при объективном изучении вегетативного статуса. Как видно из таблицы 4, у больных второй группы значения вегетативного индекса Керде были статистически значимо выше, чем в первой группе. Эти значения свидетельствуют о преобладании у исследуемых второй группы ваготонии, а у больных первой группы эутоического статуса вегета-

ЛИТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. – М., 1998. – 752 с.
2. Калягин А.Н. XI Российская гастро-неделя (10-12 октября 2005 г., Москва) // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2006. – №2. – С.107.
3. Охлобыстина О.З. Некоторые особенности патогенеза, клиники, диагностики и лечения синдрома функциональной диспепсии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 35 с.
4. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Психосоматическая медицина: рук-во для врачей / Под ред. П.И. Сидорова. – М.: Медпресс-информ, 2006. – 568 с.
5. Шентулин А.А. Алгоритм диагностики и лечения при синдроме функциональной диспепсии // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11. №28. – С.1-8.
6. Chen T.S., Luo J.C., Chang F.Y. Psychosocial-spiritual factors in patients with functional dyspepsia: a comparative study with normal individuals having the same endoscopic features // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2010. – Vol. 22. №1. – P.75-80.
7. Talley N.J., Helgeson S.L., Zinsmeister A.R., et al.

Таблица 3

Результаты анкеты вегетативных расстройств

Вегетативные расстройства	Группы больных		p
	1 (n=94)	2 (n=41)	
Отсутствуют	68 (72,3±0,34%)	21 (51,2±0,29%*)	0,007
Не выраженные	18 (19,1±0,09%)	15 (36,5±0,01%*)	0,01
Выраженные	8 (8,5±0,07%)	5 (12,1±0,24%)	

тивной нервной системы. Стоит отметить, что симпатикотоников в первой группе было статистически значимо больше, чем в первой.

Таблица 4

Показатели состояния вегетативной нервной системы (M±m)

Вегетативный статус	Группы больных		p
	1 (n=94)	2 (n=41)	
Эутоический	42 (44,6±0,25%)	5 (12,1±0,08%*)	0,02
Ваготонический	18 (19,1±0,05%)	25 (60,9±0,52%*)	0,003
Симпатикотонический	34 (36,1±0,16%)	11 (26,8±0,15%*)	0,01
Общегрупповой индекс Керде	0,98±0,002	1,5±0,004*	0,025
Избыточное ВО	27 (28,7±0,4%)	14 (34,1±0,24%)	
Нормальное ВО	51 (54,2±0,02%)	9 (21,9±0,15%*)	0,05
Недостаточное ВО	16 (17,0±0,65%)	16 (39,0±0,28%*)	0,02
Извращенное ВО	0	2 (4,8±0,51%)	

Примечания: n - количество человек в группе; * - значения статистически значимы по сравнению с показателями первой группой.

Одним из важных показателей состояния вегетативной нервной системы является определение вегетативного обеспечения с помощью ортоклиностагической пробы. Нормальное вегетативное обеспечение наблюдалось у половины больных первой группы и лишь у 21,9% обследуемых второй группы. При этом у больных второй группы преобладало недостаточное вегетативное обеспечение, этот показатель был в 2,2 раза больше показателя первой группы. Извращенное вегетативное обеспечение отмечено только во второй группе у двоих человек.

Таким образом, в группе больных функциональной диспепсией с сохраняющимися на фоне лечения симптомами выявлен высокий уровень депрессии и тревоги, что обуславливает выраженную вегетативную дисфункцию, которая в нашем исследовании проявлялась недостаточным вегетативным обеспечением и преобладанием ваготонии у данных больных. Полученные данные согласуются с данными литературы и диктуют необходимость своевременной оценки психоэмоционального статуса и диагностики вегетативной дисфункции у больных функциональной диспепсией. Коррекция соматоформных и вегетативных нарушений позволит повысить эффективность лечения, быстрее купировать симптомы и повысит качество жизни больных функциональной диспепсией.

Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study // Gastroenterology. – 1994. – Vol. 107. – P.1040-1049.

8. Keohane J., Quigley E.M. Functional dyspepsia and nonerosive reflux disease: clinical interactions and their implications // Med. Gen. Med. – 2007. – Vol. 9. №3. – P.31.

9. Kerdo I. A data from the blood circulation calculated index for assessing the autonomic Tonuslage // Acta neurovegetativa. – 1966. – Vol. 29. №2. – P.250-268.

10. McQuaid K.R. Dyspepsia // Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease (Ed.: M. Feldman et al.), 7 thed. – Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo, 2002. – P.102-118.

11. Locke G.R., Weaver A.L., Melton L.J., Talley N.J. Psychological factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study // Amer. J. Gastroenterol. – 2004. – Vol. 99. – P.350-357.

12. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatr. Scand. – 1983. – Vol. 67. – P.361-370.

Информация об авторах: Григорьева Елена Владимировна – к.м.н., доцент, 664049, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, e-mail: docev64@gmail.com\$ Спасова Татьяна Евгеньевна – ассистент кафедры к.м.н.

© ЩЕРБАКОВА А.В., НИКИТИНА А.К. – 2013
УДК 616.1-446.2:616.89-008.454

СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

Александра Витальевна Щербакова¹, Анна Константиновна Никитина²

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра геронтологии и гериатрии, зав. – к.м.н., доц. В.Г. Пустозеров; ²Городской перинатальный центр г. Иркутска, гл. врач – И.В. Ежова)

Резюме. У 103 больных хроническим лимфолейкозом проведена оценка функционального состояния почек, уровня тревоги и депрессии. В указанной группе снижение скорости клубочковой фильтрации выявлено у 50,5%, отмечен высокий уровень тревожности – у 54,6% и депрессия – у 15,2% больных. Установлена корреляционная связь между скоростью клубочковой фильтрации и уровнем депрессии ($\gamma = -1,0$; $p = 0,0001$), скоростью клубочковой фильтрации и уровнем ситуативной тревожности ($\gamma = 0,38$; $p = 0,013$) у женщин.

Ключевые слова: скорость клубочковой фильтрации, тревога, депрессия, хронический лимфолейкоз.

GLOMERULAR FILTRATION RATE, ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENT WITH CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA

A. V. Scherbakova¹, A. K. Nikitina²

(¹Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; ²Irkutsk Municipal Perinatal Center, Russia)

Summary. The functional renal conditions, the level of anxiety and depression in 103 patients with chronic lympholeukemia were estimated. In the present group the decrease of glomerular filtration rate was revealed in 50,5% of patients, a high level of anxiety in 54,6%, depression – in 15,2% of ones. The correlation between the glomerular filtration rate and the level of depression ($\gamma = -1,0$, $p = 0,0001$) and between glomerular filtration rate and level of situational anxiety ($\gamma = 0,38$, $p = 0,013$) in women has been established.

Key words: glomerular filtration rate, anxiety, depression, chronic lymphocytic leukemia.

Хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) – это клональное лимфопротерогенное заболевание, характеризующееся пролиферацией и увеличением в периферической крови количества зрелых лимфоцитов на фоне лимфоцитарной инфильтрации костного мозга, лимфоузлов, селезенки и других органов [1].

ХЛЛ наиболее распространенный вид лейкоза в странах Европы и Северной Америки [2]. В мире хроническим лимфолейкозом заболевают 2-6 человек из 100 тыс. ежегодно. В России ежегодно заболевают более 3,5 тыс. человек, среди которых 30-40% лиц трудоспособного возраста. Наличие сопутствующей патологии, психотравмирующих факторов негативно сказывается как на течении основного заболевания, так и на возникающих в процессе лечения осложнениях. Поэтому весьма актуальным является изучение, в частности, функции почек, уровня тревоги и депрессии у данной группы больных.

Цель работы: изучить функциональное состояние почек, уровень тревоги и депрессии у больных хроническим лимфолейкозом.

Материалы и методы

На базе гематологического отделения Иркутской ордена «Знак Почёта» областной клинической больницы проведено обследование 103 больных хроническим лимфолейкозом (53 мужчины, 50 женщин). Средний возраст больных составил $63,4 \pm 9,75$ года: у мужчин – $61,7 \pm 10,23$ года, у женщин – $65,2 \pm 8,96$ года.

Диагноз верифицирован по общепринятым критериям: абсолютное количество лимфоцитов превышает 10×10^9 /л, обнаружение более 30% лимфоцитов в костномозговом пунктате, иммунологическое подтверждение наличия В-клеточного клона лейкоэмических лимфоцитов [2].

Расчёт скорости клубочковой фильтрации (СКФ) проводили по уровню креатинина крови с использованием формулы MDRD. Уровень депрессии выявляли с

помощью опросника Цунга. Для изучения ситуативной и личностной тревожности применяли опросник Ч.Д. Спилбергера (адаптированный Ю.Л. Ханиным) [4,5].

Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы Statistica 7.0. Для определения статистической значимости различий в группах использовались непараметрические методы. Для оценки связи применялся корреляционный анализ по Gamma.

Каждый больной перед включением в исследование давал письменное информированное согласие. Исследование было одобрено Этическим комитетом Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования.

Результаты и обсуждение

У исследуемых больных СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² имели 51 (48,6%), а < 90 мл/мин/1,73 м² – 52 (51,4%) больных.

СКФ распределилась по стадиям следующим образом: I стадию (СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м²) имели 51 (49,5%), II стадию (СКФ от 60 до 89) – 43 (41,7%), а III стадию (СКФ от 30 до 59) – 9 (8,8%) человек из 103.

Среди женщин с хроническим лимфолейкозом СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² выявлена у 18 (36%) и < 90 мл/мин/1,73 м² – у 32 (64%) больных (рис. 3).

У мужчин СКФ ≥ 90 мл/мин/1,73 м² имели 33 (62,3%), а менее 90 мл/мин/1,73 м² – у 20 (37,7%) больных.

Среди всех больных ХЛЛ депрессия выявлена у 16 (15,2%) больных: у мужчин в 4 случаях (7,6%), у женщин – в 12 (24%) случаях.

Более частое выявление депрессии у женщин согласуется с данными «Клинико-эпидемиологического исследования депрессии в общемедицинской практике» (КОМПАС) [3].

Повышенный уровень личностной (ЛТ) и ситуативной тревожности (СТ) в общей группе выявлен у 100% больных. В исследуемой группе 44 (42,7%) больных имели умеренную личностную тревожность (мужчин – 32