

УДК 612.36

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ
БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН НА ФОНЕ СМЕШАННЫХ
ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАСТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

Л.Т.ГАЦАЕВА*, А.М.ТОРЧИНОВ**, С.Г.ЦАХИЛОВА**

Исследование посвящено изучению особенностей психосоматических взаимоотношений во время беременности у женщин со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами в условиях социально-экономической нестабильности. Военные действия, социальная и бытовая неустроенность, отсутствие специализированной медицинской помощи, страх за свою жизнь и за будущего ребенка приводят к формированию аффективных нарушений у беременных женщин. В условиях социально-экономической нестабильности выявлена высокая частота возникновения угрозы прерывания беременности и осложнения родовой деятельности беременных женщин со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами.

Ключевые слова: беременность, социально-экономическая нестабильность, психосоматические взаимоотношения, смешанные тревожные и депрессивные расстройства.

По данным ВОЗ, состояние здоровья населения на 50% зависит от уровня социально-экономического развития [7]. В течение последних десяти лет на территории Чеченской Республики проходят военные действия, что значительно ухудшило медико-социальные, природные, техногенные, а также демографические процессы. В настоящее время показатели общего здоровья населения республики имеют негативную динамику, что обусловлено состоянием социально-экономической нестабильности [7]. Особое внимание уделяется репродуктивному здоровью женщин в условиях социально-экономической нестабильности [1,2,4,6,8]. Согласно исследованию М.Ф. Додхоевой, неблагоприятная социально-экономическая ситуация создает условия хронического психоэмоционального стресса, приводит к аффективным нарушениям и, тем самым, оказывает вторичное негативное влияние на репродуктивное здоровье женщины [5]. Своевременное выявление смешанных тревожных и депрессивных нарушений позволяет предотвратить акушерские осложнения, которые имеют психосоматическую основу [1,2,3,4,6,8]. В связи с этим, отмечается высокая актуальность изучения психосоматических взаимоотношений при беременности на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности.

Цель исследования – изучить особенности психосоматических взаимоотношений на фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств у беременных женщин в условиях социально-экономической нестабильности в Чечне.

Материалы и методы исследования. Исследование было проведено на базе родильного дома №1 г. Грозного и женской консультации родильного дома №26 г. Москвы. Всего было обследовано 209 женщин в возрасте от 17 до 38 (25,4±2,3) лет. Среди них было 34 (16,2%) пациентки с проявлениями тревожного синдрома (основная группа 1), 87 (41,7%) пациенток с депрессивным синдромом (основная группа 2) и 88 (42,1%) здоровых беременных, из благополучного района, состоящие на учете в женской консультации родильного дома №26 г. Москвы (группа контроля).

Для оценки анамнестических данных, настоящего состояния больных, а также результатов дополнительных исследований применялась специальная карта обследования. Карта включала следующие основные разделы: анкетные данные, анамнез жизни, акушерско-гинекологический анамнез, история настоящего заболевания, данные о состоянии больных, содержащие результаты соматических, гинекологических, неврологических, психодинамических и лабораторных методов исследования. Карта заполнялась на основании подробных бесед с пациентками, при возможности с их родственниками, динамическом наблюдении за состоянием обследованных женщин, изучении медицинской документации.

Для оценки «психопатологических проявлений» использовался перечень стандартизированных симптомов и синдромов унифицирования оценки психического состояния больных.

С целью выяснения особенностей психической патологии, а также имеющихся возможностей ее компенсации, в работе были использованы следующие методы: 1) клинико-психопатологический метод; 2) клинико-психологический метод (шкала М.Гамильтона для оценки степени выраженности тревоги (HARS) и депрессии (HORS-21)); 3) клинико-анамнестический метод, позволяющий изучить особенности соматического статуса пациенток. Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средней величины (М) и средней ошибки (m) для каждой группы с оценкой критерия достоверности (р) по Стьюденту при парных сравнениях. Математическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ «Stat Graf» и «Excell» на персональном компьютере IBM Pentium.

Результаты и их обсуждение. Клинико-психопатологический анализ показал, что особенностью основной группы пациенток, в отличие от условно здоровых беременных женщин, являлось присутствие симптомов как тревоги, так и депрессии. В 65,7% случаев настроение беременных женщин, пребывающих в условиях социально-экономической нестабильности, характеризовалось тревожно-депрессивным фоном, который проявлялся подавленностью, пессимизмом и сопровождался чувством внутреннего беспокойства, напряжения, ощущением неясной угрозы, раздражительностью, плаксивостью, а также признаками вегетативной гиперактивности в виде учащения пульса, слабости, потливости, абдоминальных симптомов. Также, по результатам биографического интервьюирования в основной группе пациенток выявлены следующие стрессовые факторы, приводящие к развитию смешанных тревожных и депрессивных расстройств: военные действия, отсутствие нормальных жилищно-бытовых условий, отсутствие специализированной медицинской помощи, боязнь потери близких, будущего ребенка.

Согласно клинико-психологическому исследованию, у всех пациенток основной группы, по сравнению с условно здоровыми беременными женщинами, определялся повышенный уровень тревоги, как психической, так и соматической. У беременных женщин с тревожно-депрессивным расстройством уровень тревоги достигал 18,8 баллов (р<0,05) по шкале М. Гамильтона, что является характерной особенностью выделенной нами клинической группы. Анализ результатов, полученных при обследовании беременных по шкале М. Гамильтона показал, что степень выраженности симптомов депрессии достоверно выше у женщин со смешанной формой тревожно-депрессивного расстройства и составляет 18,6 баллов (р<0,05).

Таким образом, в соответствии с данными клинико-психопатологического анализа и экспериментально-психологического исследования в основной группе было выделено условно две подгруппы беременных со следующими синдромами: 1)тревожный и 2) депрессивный.

При анализе анамнестических данных пациенток в основной группе отмечается высокая частота (до 75%) перенесенных инфекционных и хронических экстрагенитальных заболеваний. Следует указать, что частые инфекционно-аллергические заболевания приводят к аутоиммунным нарушениям и создают благоприятные условия для активации микробного фактора, развития воспалительного процесса внутренних половых органов. Хронизация воспалительного процесса является фактором риска развития осложнений в послеродовом периоде. Также в основной группе каждая третья беременная страдала различными воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта, гепатобиллиарной и мочеполовой системы, что приводит к различным осложнениям течения беременности и родов. Среди женщин, находящихся в условиях социально-экономической нестабильности, аллергологический анамнез в 88,9% случаев не был отягощен, в остальных случаях наблюдались аллергические реакции на разнообразные антибиотики, сульфаниламидные препараты, гормоны, анальгетические средства в виде сыпи на коже и слизистых оболочках, зуда, ринита и насморка, отека. Большинство женщин основной группы (82,5%) имели 28-ми дневный менструальный цикл; в среднем этот показатель составил 28,3±2,5 дней (варьировал от 21 до 35 дней). Длительность менструального цикла от 30 до 35 дней отмечено в 24 (11,7%) случаях, от 21 до 25 дней – у 13 (6,3%) женщин. Длительность менструального кровотечения составила от 3 до 8 дней (в среднем 5,4±2,6 дней). Характеризуя репродуктивную функцию обследованных женщин, можно сказать, что в обеих группах средний возраст и количество

* Чеченский государственный университет, г. Грозный, ул. Киевская, 33. тел.: 89287360475 E-mail: luizgacaeva@mail.ru

** Московский государственный Медико-стоматологический университет, г. Москва, ул. Делегатская, 20. тел.: 8 (495)1373385. e-mail: dzh2010@yandex.ru.

беременностей у одной женщины достоверно не отличались. В среднем повторнородящих было в 3 раза больше, чем первородящих. Вместе с тем 28 (52,9%) женщин I группы, 43 (54,4%) – II группы и 25 (33,8%) – III группы были первородящими, а исходами предыдущих беременностей у них были выкидыши на разных сроках, медицинские и по социальным показаниям аборт, что не может не сказываться на течении послеродового периода.

Проанализируем данные исследования женщин основной группы, беременность которых протекала на фоне тревожного синдрома. В I триместре осложнений беременности не выявлено в 5 (19,2%) наблюдениях при слабо выраженной тревоге и в 8 (28,6%) – при отсутствии такового. Угроза прерывания в I триместре наблюдалась у беременных женщин при ярко выраженной тревоге (80,0%; $p < 0,05$), при выраженной тревоге (58,3%; $p < 0,05$), при слабо выраженной тревоге (65,3%; $p < 0,05$) и при отсутствии тревоги (35,8%; $p < 0,05$). Наиболее частым осложнением беременности явился ранний токсикоз (80,0%; $p < 0,05$): при ярко выраженной тревоге (62,6%; $p < 0,05$), слабо выраженной тревоге (30,8%; $p < 0,05$), при отсутствии признаков тревожного синдрома (46,4%; $p < 0,05$). Во II триместре у беременных женщин с ярко выраженной тревогой и выраженной тревогой наиболее часто встречаемыми осложнениями являлись: гестозы (40,0% и 36,7%; $p < 0,05$), угроза прерывания беременности (20% и 20%; $p < 0,05$), хроническая внутриутробная гипоксия плода (20,0% и 12,6%; $p < 0,05$), хроническая фетоплацентарная недостаточность (20% и 12,6%; $p < 0,05$). У беременных женщин на фоне выраженной тревоги выявлялась гипотрофия плода (16,7%; $p < 0,05$).

В III триместре у беременных женщин с ярко выраженной тревогой и выраженной тревогой также отмечались: гестозы (40,0% и 50%; $p < 0,05$), угроза прерывания беременности (20% и 20%; $p < 0,05$), хроническая фетоплацентарная недостаточность (20% и 16,7%; $p < 0,05$). Другие осложнения беременности (патологический прелиминарный период, внутриутробная задержка развития плода, хроническая фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия, эклампсия) выявлены в единичных случаях при различной выраженности тревожного синдрома. Ярко выраженная и выраженная тревога достоверно влияет на гестоз в III триместре беременности ($p < 0,05$), ярко выраженный тревожный синдром – на гестационную анемию и патологический прелиминарный период ($p < 0,05$), а выраженная тревога имеет значение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты ($p < 0,05$).

В срок родоразрешены 4 (40,0%) беременных с ярко выраженной тревогой, каждая вторая (54,1%) и четвертая (23,0%) соответственно с выраженной и слабо выраженной тревогой. Преждевременные роды наблюдались у 3 (12,5%) рожениц с выраженной и у 4 (15,0%) – со слабо выраженной тревогой. Стремительные роды наблюдались по I случаю при выраженной и слабо выраженной тревоге соответственно. В единичных случаях по медицинским показаниям на фоне тревожного синдрома был произведен медицинский аборт. Антенатальная гибель плода произошел в 2 (20,0%) наблюдений при ярко выраженной тревоге и по 1 (4,1% и 3,6% соответственно) случаю при слабо выраженной и отсутствии тревоги соответственно. У 2 (20,0%) беременных при ярко выраженном тревожном синдроме, у 1 (4,1%) – выраженной тревоге и у 3 (11,6%) – слабо выраженной произошел самопроизвольный выкидыш. Ярко выраженная тревога достоверно влияет на исход родов, в частности, на антенатальную гибель плода и самопроизвольный выкидыш ($p < 0,05$ соответственно). Также с одинаковой частотой влияет тревожный синдром на частоту родоразрешения путем операции кесарева сечения ($p < 0,05$).

Рассмотрим данные исследования женщин основной группы с депрессивным синдромом. На фоне депрессивного синдрома в I триместре беременность протекала без осложнений в 3 (4,8%) наблюдениях при депрессии средней и в 3 (12,6%) – при легкой степени тяжести течения. Угроза прерывания в I триместре наблюдалась у 39 (62,0%) беременных при средней тяжести депрессии и у 13 (54,1%) пациенток при легкой тяжести депрессии. Наиболее частым осложнением беременности явился токсикоз I половины беременности, встречаемый в 39 (62,0%) наблюдениях при депрессии средней тяжести и в 14 (58,3%) – легкой степени. Артериальная гипотония наблюдалась у 2 (3,1%) беременных при депрессии средней тяжести. Гестационная анемия наблюдалась у 6 (9,6%) и у 5 (20,9%) беременных при средней и легкой степени выраженности депрессии соответственно, что статистически не

достоверно ($p < 0,05$). Пиелонефрит выявлен у 5 (7,2%) пациенток при средней и у 2 (8,3%) – при легкой степени выраженности депрессивного синдрома. Депрессия средней и легкой степени тяжести в обеих группах влияет на угрозу прерывания беременности в I триместре беременности и ранний токсикоз, однако данные при сравнительной характеристике статистически не достоверны. Депрессия средней и легкой тяжести достоверно влияет на угрозу прерывания беременности в I триместре и ранний токсикоз.

Во II триместре беременность на фоне депрессивного синдрома без осложнений протекала в 5 (8,0%) наблюдениях при средней и в 5 (20,9%) – при легкой степени течения. Наиболее часто встречаемым осложнением во II триместре беременности является гестоз, который отмечен в 26 (41,2%) случаях при средней степени депрессии и в 8 (33,3%) – легкой. Вторым по частоте встречаемости осложнением является угроза прерывания беременности, которая наблюдалась у 19 (30,1%) больных при средней и у 8 (33,3%) – легкой степени выраженности депрессии ($p < 0,01$). Анемия беременных во II триместре со статистически достоверным отличием ($p < 0,001$) наблюдалась у 14 (22,2%) беременных с депрессией средней и только у 2 (8,3%) – легкой тяжести. Хроническая внутриутробная гипоксия плода выявлена в 10 (15,9%) наблюдениях при среднем и в 2 (8,3%) – при легкой степени признаков депрессивного синдрома. Выявлена хроническая фетоплацентарная недостаточность, которая наблюдалась у 11 (17,4%) пациенток при депрессии средней тяжести и у 3 (12,6%) – легкой степени. Гипотрофия плода выявлена у 5 (8,0% и 20,9% соответственно) женщин при средней и легкой выраженности депрессии. Также при средней степени депрессии по I случаю соответственно наблюдалась отслойка плаценты и неразвивающаяся беременность. Во II триместре беременности депрессия средней и легкой степени тяжести достоверно влияет на угрозу выкидыша, гестоз и депрессионный синдром средней тяжести – на анемию ($p < 0,05$ соответственно).

В III триместре на фоне депрессивного синдрома при средней и легкой степени депрессии отмечались гестозы (38,0% и 45,9%; $p < 0,05$). Хроническая внутриутробная гипоксия плода наблюдалась у 7 (11,1%) беременных при тяжелой и у 2 (8,3%) – легкой степени депрессии. С достоверностью $p < 0,01$ выявлена анемия в III триместре у 13 (20,7%) беременных при депрессии средней и только у 2 (8,3%) – легкой тяжести. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты отмечена только при тяжелой степени течения депрессии у 7 (11,1%) беременных. Угроза преждевременных родов наблюдалась в 10 (15,9%) наблюдениях средней тяжести и в 2 (8,3%) – легкой степени депрессии. С высокой степенью статистической достоверности ($p < 0,001$) отмечена хроническая фетоплацентарная недостаточность при депрессии легкой степени у 6 (25,0%) больных, в то время как средняя тяжесть у 2 (3,1%) – пациенток. Другие осложнения беременности в III триместре (патологический прелиминарный период, внутриутробная задержка развития плода, фетоплацентарная недостаточность, преэклампсия, эклампсия) выявлены в единичных случаях при различной выраженности тревожного синдрома. Депрессия средней и легкой тяжести достоверно влияет на гестоз в III триместре беременности, средней тяжести – на гестационную анемию и угрозу преждевременных родов, а легкая депрессия – на хроническую фетоплацентарную недостаточность.

В срок родоразрешены 26 (41,2%) беременных с депрессией средней тяжести и 16 (66,7%) – с легкой депрессией. 10 (15,9%) беременная с депрессией средней тяжести и 16 (66,7%) – легкой степени родоразрешены оперативно. Преждевременные роды наблюдались у 9 (14,2%) рожениц средней тяжестью и 1 (4,1%) пациентка легкой степени депрессии. Стремительные роды наблюдались в 2 (3,1%) случаях при средней и 1 (4,1%) наблюдении легкой депрессии. 3 (4,8%) пациенткам при депрессивном синдроме средней тяжести по медицинским показаниям была прервана беременность. Антенатальная гибель плода произошел в 7 (11,1%) наблюдений при средней и в 3 (12,6%) – легкой депрессии соответственно. У 3 (4,8%) беременных при средней тяжести и у 2 (8,3%) – легкой тяжести депрессии произошел самопроизвольный выкидыш. Депрессия средней тяжести оказывает влияние на исход родов, что имело значение при абдоминальном родоразрешении и преждевременных родах, а легкая тяжесть депрессии – на самопроизвольный выкидыш и индуцированные роды ($p < 0,01$; $p < 0,05$).

Выводы. В условиях социально-экономической нестабильности такие стрессовые факторы, как военные действия, социальная и бытовая неустроенность, отсутствие специализированной медицинской помощи, страх за свою жизнь и жизнь близких людей и страх за будущего ребенка приводят у беременных женщин к формированию аффективных расстройств в виде смешанных тревожных и депрессивных расстройств. Данные нашего исследования показывают, что смешанные тревожные и депрессивные расстройства в период беременности являются серьезным фактором риска перинатальной патологии: угроза прерывания беременности (особенно, в первом триместре беременности), гестозы, гипоксия плода, аномалии родовой деятельности, акушерские кровотечения. Психосоциальный стресс, перенесенный во время беременности, приводит к формированию пороков развития, антенатальной гибели плода в первой половине гестационного периода. На фоне смешанных тревожных и депрессивных расстройств у женщин чаще осложняется родовая деятельность. Результаты показали, что военные действия и связанное с ними отсутствие нормальных жилищно-бытовых условий, специализированной медицинской помощи, а также страх потери близких и будущего ребенка являются условиями хронического психосоциального стресса. Проведение скрининга смешанных тревожных и депрессивных расстройств должно сопровождаться проведением психопрофилактической терапии, консультаций психолога. При выявлении смешанных тревожно-депрессивных расстройств необходимо проводить углубленную диагностику фетоплацентарной системы со II триместра с целью предупреждения акушерских осложнений. Наряду с этим, отмечается высокая необходимость дородовой госпитализации женщин со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами, находящихся в условиях социально-экономической нестабильности, в сроке доношенной беременности в акушерский стационар для комплексной оценки биологической готовности к родам, а также проведения дородовой подготовки.

Литература

1. Абрамченко, В.В. Психосоматическое акушерство / В.В. Абрамченко. – СПб.: «Сотис», 2001. – 331 с.
2. Актуальные проблемы невынашивания беременности: цикл клинических лекций // под ред. В.М. Сидельниковой. М. – 1999. – С. 64–66.
3. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина: Пер. с нем. / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. – М. – 1999. – С. 376.
4. Ворошнин, В.В. Гормональная функция плаценты у беременных женщин, перенесших острый психо-эмоциональный стресс при катастрофе / Ворошнин В.В., Токарь В.И., Мальгина Г.Б. // В сб. «Здоровье матери и ребенка и экологические проблемы» – М., 1990. – С. 55–63.
5. Доджоева, М.Ф. Состояние родовспоможения и детородной функции у жительниц Таджикистана за период 1986–1999 гг. с учетом кризисной ситуации: Авт. дис. докт. мед. наук / М.Ф. Доджоева // – СПб., 1998. – 32 с.
6. Мальгина, Г.Б. Влияние острого психосоциального стресса при катастрофе на течение и исход беременности, состояние пода и новорожденного / Г.Б. Мальгина // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 1985. – с. 22.
7. Римаевская, Н.М. Человеческий потенциал России: взгляд в 21 век, Народонаселение / Н.М. Римаевская. – 1999. – №1. – С. 15–20.
8. Werny, T. Prenatal and Perinatal Psycho-Medicine / Werny T., Weintraub P., Klimek P. – Cracov: DreAM, 2000. – P.293–320.

PSYCHOSOMATIC RELATIONS AT THE TIME OF PREGNANCY OF WOMEN WITH MIXED ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS IN SOCIAL AND ECONOMIC INSTABILITY

L.T. GATSAEVA, A.M. TORCHINOV, S.G. TSAKHILOVA

Chechen State University, Grozny
Moscow Medico-Stomatological University, Chair of Obstetrics and Gynecology

The article presents studying the features of psychosomatic relations in pregnancy of women with mixed anxiety and depressive disorders in social and economic instability. Military actions, lack of necessary social and home facilities, absence of specialized medical treatment, fear for own life and future baby lead to forming affective disorders in pregnant women. High frequency of foetus wastage and

complications of uterine contractions at pregnant women with anxiety and depressive disorders are detected in conditions of social and economic instability.

Key words: pregnancy, social and economic instability, psychosomatic relations, mixed anxiety and depressive disorders.

УДК612.17

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ КЛАССИФИКАТОРОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОРОНАРОГЕННЫХ И НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА

А.В.ГОРДИЕНКО*, А.Н. БОЕВА**, И.А. САРАЕВ**, В.Н.ЛОПИН*

Настоящая работа посвящена рассмотрению проблем диагностики коронарогенных и некоронарогенных заболеваний миокарда, используя нейросетевой подход к анализу реальных результатов обследования пациентов, проведенного в течение первых суток пребывания в стационаре, основанный на использовании самообучающихся нейроструктур. С практической точки зрения распознавание различных форм ИБС и алкогольной кардиомиопатии в момент экстренной госпитализации больных, должно проводиться максимально результативно, в короткие сроки и на основе применения по возможности ограниченного числа рутинных методов инструментального и лабораторного исследования, количество которых, определяемое стандартом все же достаточно велико, а чувствительность и специфичность в отношении решаемой задачи недостаточны. Основное достоинство данного подхода – высокая степень уверенности прогнозирования верного диагноза у пациента, используя минимальное количество методов инструментального и лабораторного исследования.

Ключевые слова: алкогольная кардиомиопатия, ИБС, нейросеть.

Кардиологическая тематика по-прежнему занимает ведущее место в современной медицине. При этом непосредственное поражение миокарда различной природы является основным проявлением многообразной кардиальной патологии. Как свидетельствуют статистические данные, наиболее актуальной остается проблема ишемического патогенеза заболеваний сердца, реализующегося в рамках различных форм ИБС. Вместе с тем анализ популяционной заболеваемости свидетельствует о том, что ее достаточно весомая доля определяется группой некоронарогенных заболеваний миокарда [7,8]. Реалии современного общества, его поведенческие стереотипы определяют тот факт, что среди этих нозологий существенное место принадлежит токсическому (в частности – алкогольному) поражению сердца. Согласно статистическим данным количество алкоголиков и регулярно употребляющих алкоголь в популяции составляет около 10% среди мужчин и 3–5% среди женщин [3]. В целом злоупотребление алкоголем гораздо чаще, чем в среднем, приводит к развитию различных соматических расстройств, в частности *алкогольной кардиомиопатии* (АКМП), описанной еще в 1957 году W. Brigden. При алкогольной кардиомиопатии до 15% больных погибает от тех или иных расстройств сердечной деятельности, среди которых существенное значение, как и при ИБС, имеют внезапно возникающие аритмии [4,6]. Кроме того, в связи с наличием распространенных мозаичных патогенетических изменений миокарда (жировой и белковой дистрофии, а затем и атрофии миофибрилл) отмечается развитие сердечной недостаточности. В субъективном статусе присутствует болевой кардиальный синдром, который нередко напоминает коронарный. Вместе с тем, парадоксально выглядит тот факт, что синдромно-сходная картина этих заболеваний сердца определяется кардинально отличающимися патогенетическими механизмами. Эффективная профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы предполагает конкретную диагностику их нозологических форм. Однако в условиях близкой феноменологии при ишемическом и токсическом поражении сердца возможны диагностические ошибки. По данным ряда авторов их доля может превышать 16–18% [2]. Проблема состоит в том, что симптоматика токсического и ишемического вариантов кардиальной патологии выглядит достаточно сходной не только в связи с наличием общих клинических синдромов, как упоминалось выше, но и вследствие развития ЭКГ – признаков изменений конечной части желудочкового комплекса. Актуальность дифференцирования коронарогенной и некоронарогенной патологии определяется также тем обстоятельством, что манифестация

* Курский государственный университет, Ул. Радищева, 33, Курск, 305000, Российская Федерация

** Курский государственный медицинский университет, ул. К.Маркса, 3, Курск, 305041, Российская Федерация