

# ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

С.Ю. Мухтаренко<sup>1</sup>, Т.М. Мураталиев<sup>1</sup>, Ю.Н. Неклюдова<sup>1</sup>, З.Т. Раджапова<sup>2</sup>, В.К. Звенцова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Национальный центр кардиологии и терапии им. акад. Мирсаида Миррахимова при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики; Кыргызская Республика, 720040 Бишкек, ул. Тоголок Молдо, 3;

<sup>2</sup>Кыргызско-Российский Славянский университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина; Кыргызская Республика, 720000 Бишкек, ул. Киевская, 44

Контакты: Светлана Юрьевна Мухтаренко muhtarenko@yandex.ru

**Цель исследования** — изучить особенности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) и уровня субъективного контроля личности в отношении здоровья (УСКз), а также влияние выраженности аффективных расстройств на клиническое течение и прогноз заболевания у мужчин и женщин с острым инфарктом миокарда.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 124 больных с острым инфарктом миокарда в возрасте от 30 до 85 лет (средний возраст  $58,6 \pm 12,1$  года), которые были разделены на 2 группы: 1-я группа — 88 (71 %) мужчин, 2-я группа — 36 (29 %) женщин.

**Результаты.** ТДР по скрининговому опроснику диагностировались чаще в группе женщин (91,7 %) по сравнению с группой мужчин (56,8 %),  $p < 0,001$ . Отсутствие симптомов тревоги по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) чаще отмечалось в группе мужчин (77,3 % против 52,8 %,  $p < 0,01$ ; отношение рисков (ОР) 1,46; 95 % доверительный интервал (ДИ) 1,05–2,03), а выраженная степень тревоги по HADS диагностировалась чаще в группе женщин (27,8 % против 4,5 %,  $p < 0,01$ ; ОР 0,16; 95 % ДИ 0,05–0,48). Отсутствие симптомов депрессии по HADS чаще отмечалось в группе мужчин (68,2 % против 30,6 %,  $p < 0,01$ ; ОР 2,23; 95 % ДИ 1,33–3,72), а умеренная (14,8 % против 33,3 %,  $p < 0,05$ ; ОР 0,44; 95 % ДИ 0,22–0,87) и выраженная (17,0 % против 36,1 %,  $p < 0,05$ ; ОР 0,47; 95 % ДИ 0,25–0,88) степени депрессии по HADS чаще встречались в группе женщин. Отсутствие симптомов депрессии по шкале депрессии Бека (BDI) отмечалось чаще в группе мужчин (42,1 % против 11,1 % женщин,  $p < 0,01$ ; ОР 3,78; 95 % ДИ 1,45–9,84). В группе женщин чаще встречалась умеренная (27,8 % против 10,2 %,  $p < 0,05$ ; ОР 0,36; 95 % ДИ 0,16–0,83) и тяжелая (13,9 % против 3,4 %,  $p < 0,05$ ; ОР 0,24; 95 % ДИ 0,06–0,97) степени депрессии по этой шкале. Показатель фракции выброса левого желудочка был ниже в группе женщин ( $41,4 \pm 11,4$  %) по сравнению с группой мужчин ( $45,8 \pm 10,3$  %),  $p < 0,05$ . Летальность была выше в группе женщин по сравнению с таковой в группе мужчин: общая летальность (19,4 % против 5,7 %,  $p < 0,05$ ), госпитальная (8,3 % против 1,1 %,  $p < 0,05$ ) и постгоспитальная (11,1 % против 4,5 %,  $p > 0,05$ ) соответственно.

**Заключение.** По данным обследования психометрическими тестами отмечалась большая частота встречаемости и выраженности ТДР в группе женщин по сравнению с группой мужчин. В группе женщин показатель фракции выброса левого желудочка был значимо ниже по сравнению с таковым в группе мужчин, а частота общей и госпитальной летальности у них была выше.

**Ключевые слова:** острый инфаркт миокарда, аффективные расстройства, тревога, депрессия, гендерные особенности, уровень субъективного контроля личности в отношении здоровья, HADS, BDI, фракция выброса левого желудочка, прогноз

DOI: 10.17650/1818-8338-2017-11-2-49-57

## GENDER-RELATED CHARACTERISTICS OF AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

S.Yu. Mukhtarenko<sup>1</sup>, T.M. Murataliev<sup>1</sup>, Yu.N. Nekludova<sup>1</sup>, Z.T. Radzhapova<sup>2</sup>, V.K. Zventsova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>National Center of Cardiology and Therapy named after academician Mirsaid Mirrakhimov under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic; 3 Togolok Moldo St., Bishkek 720040, Kyrgyz Republic;

<sup>2</sup>Kyrgyz-Russian Slavic University named after the First President of Russia B.N. Yeltsin; 44 Kievskaya St., Bishkek 720000, Kyrgyz Republic

**The study objective** is to investigate characteristics of mixed anxiety-depressive disorders (MADD) and the level of subjective self-control in relation to health (SSCh), as well as the effect of affective disorder severity on clinical course and prognosis of the disease in men and women with acute myocardial infarction (AMI).

**Materials and methods.** The study included 124 patients with AMI aged between 30 and 85 years (mean age  $58.6 \pm 12.1$  years), who were divided into 2 groups: the 1<sup>st</sup> group contained 88 (71 %) men, the 2<sup>nd</sup> group — 36 (29 %) women.

**Results.** Per the screening test, MADD was more frequently diagnosed in the female group (91.7 %) compared to the male group (56.8 %),  $p < 0.001$ . Absence of anxiety symptoms per the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was more frequently observed in the male group (77.3 % vs. 52.8 %,  $p < 0.01$ ; relative risk (RR) 1.46; 95 % confidence interval (CI) 1.05–2.03), and significant level of anxiety per HADS was more frequently diagnosed in the female group (4.5 % vs. 27.8 %,  $p < 0.01$ ; RR 0.16; 95 % CI 0.05–0.48). Absence of depression

symptoms per HADS was more frequently observed in the male group (68.2 % vs. 30.6 %,  $p < 0.01$ ; RR 2.23; 95 % CI 1.33–3.72), and moderate (14.8 % vs. 33.3 %,  $p < 0.05$ ; RR 0.44; 95 % CI 0.22–0.87) and severe (17.0 % vs. 36.1 %,  $p < 0.05$ ; RR 0.47; 95 % CI 0.25–0.88) levels of depression per HADS were more common in the female group. Absence of depression symptoms per the Beck Depression Inventory (BDI) was more frequently observed in the male group (42.1 % vs. 11.1 % women,  $p < 0.01$ ; RR 3.78; 95 % CI 1.45–9.84). In the female group, moderate (27.8 % vs. 10.2 %,  $p < 0.05$ ; RR 0.36; 95 % CI 0.16–0.83) and severe (13.9 % vs. 3.4 %,  $p < 0.05$ ; RR 0.24; 95 % CI 0.06–0.97) levels of depression per this scale were more common than in the male group. Left ventricular ejection fraction was lower in the female group ( $41.4 \pm 11.4$  %) compared to the male group ( $45.8 \pm 10.3$  %),  $p < 0.05$ . Mortality was higher in the female group compared to the male group: overall (19.4 % vs. 5.7 %,  $p < 0.05$ ), hospital (8.3 % vs. 1.1 %,  $p < 0.05$ ), and post-hospital (11.1 % vs. 4.5 %,  $p > 0.05$ ) mortality, respectively.

**Conclusion.** Psychometric tests have shown higher rate and severity of MADD in the female group compared to the male group. In the female group, left ventricular ejection fraction was significantly lower than in the male group, and overall and hospital mortality was higher.

**Key words:** acute myocardial infarction, affective disorders, anxiety, depression, gender-related characteristics, level of subjective self-control in relation to health, HADS, BDI, left ventricular ejection fraction, prognosis

### Введение

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из ведущих причин смертности населения в Кыргызской Республике (вклад в общую смертность составляет 50,8 % [1]). Аффективные расстройства часто сопутствуют течению острого инфаркта миокарда (ОИМ), оказывая существенное влияние на сердечно-сосудистые события, в том числе на летальность. Особенности аффективных расстройств у больных ОИМ чаще исследовались у мужчин. Согласно данным литературы, у женщин ОИМ развивается в среднем на 10 лет позже, чем у мужчин [2]. Возраст и большая выраженность сопутствующих заболеваний оказывают определенное влияние на течение, прогноз и высокую частоту летальных исходов у женщин с ОИМ [3]. В настоящее время недостаточно изучены гендерные особенности аффективных расстройств у больных коронарной болезнью сердца (КБС) и ОИМ в частности. В то же время КБС и ОИМ имеют гендерные различия аффективного статуса [4–6]. Так, L. T. Gustad и соавт. [7] отмечают, что постоянная боль в груди, по данным опросника «Оценка синдрома ишемии у женщин» (WISE), была связана с увеличением частоты нефатальных ОИМ, инсультов, сердечной недостаточности (СН) и смертельных исходов КБС, а также сочеталась с высокими баллами депрессии и тревоги в течение 6-летнего периода наблюдения. В исследовании С. М. Albert и соавт. [8] у женщин с фобическим тревожным расстройством обнаружена тенденция к снижению риска нефатального ОИМ при использовании статистической многофакторной модели ( $p = 0,07$ ), однако это же исследование показало, что фобическое тревожное расстройство является фактором риска (ФР) летального исхода КБС [8].

Депрессия широко распространена среди больных КБС [9]. G. Parker и соавт. [10] выделили группу больных, у которых депрессия сформировалась непосредственно после развития острого коронарного синдрома, и сравнили ее с группой страдавших депрессией задолго до его развития, а также с больными, у кото-

рых депрессия была отмечена непосредственно перед госпитализацией, и обнаружили, что именно депрессия, возникшая после указанного синдрома, была предиктором исхода кардиологического заболевания. В общей популяции у женщин депрессия развивается примерно в 2 раза чаще, чем у мужчин [11], и является важным ФР ОИМ или сердечной смерти, увеличивая уровень риска для женщин примерно на 50 % [4–12]. Кроме того, депрессия у женщин является мощным предиктором раннего ОИМ, и связь депрессии с развитием ОИМ и сердечной смертью более выражена для женщин молодого и среднего возраста, чем для их ровесников-мужчин [13]. T. Rutledge и соавт. [14] отмечают, что уровень депрессии является значимым предиктором сердечно-сосудистых событий у женщин с низкими баллами тревоги (State-Trait-Anxiety-Inventory), но теряет свою предсказывающую способность среди женщин с высокими баллами тревожности. Кроме того, недавние исследования показывают, что депрессия – независимый предиктор смертности от ССЗ у здоровых женщин [4].

По данным исследования INTERHEART, развитие ОИМ у женщин было связано с совокупностью психосоциальных ФР (депрессия, стресс дома/на работе, низкий локус контроля, а также важные жизненные события), скорректированное отношение рисков (ОР) составило 3,5 [15]. Необходимо отметить, что локус контроля личности (или уровень субъективного контроля (УСК) личности), в частности в отношении здоровья (УСКз), является важной характеристикой, влияющей на успешность реабилитационных мероприятий у соматических больных, в том числе и у больных ОИМ. Интернальный тип уровня субъективного контроля личности в отношении здоровья указывает на то, что человек считает свой образ жизни во многом ответственным за его здоровье. Пациенты с экстернальным типом УСКз считают, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

Заслуживают внимания и исследования по изучению взаимосвязи между аффективными расстройства-

ми и клинко-функциональными и биохимическими показателями соматического состояния, а также параметрами ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) больных ОИМ [6, 9, 16–19].

**Цель** данного исследования – изучить особенности тревожно-депрессивного спектра и УСКз, а также влияние выраженности аффективных расстройств на клиническое течение и прогноз заболевания у мужчин и женщин с ОИМ.

### Материалы и методы

Исследование проводилось проспективно. В 2013–2015 гг. были обследованы 124 больных ОИМ в возрасте от 30 до 85 лет (средний возраст  $58,6 \pm 12,1$  года), госпитализированных в Национальный центр кардиологии и терапии им. акад. Мирсаида Миррахимова. Больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 88 (71 %) мужчин (средний возраст  $58,5 \pm 12,04$  года), 2-ю – 36 (29 %) женщин (средний возраст  $67,4 \pm 10,0$  года). Учитывая количество больных в сравниваемых группах, данный проект являлся пилотным. Планируется более масштабное рандомизированное исследование для изучения влияния аффективных расстройств на прогноз заболевания с учетом гендерных особенностей. Диагноз ОИМ устанавливали на основании третьего универсального определения инфаркта миокарда согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов [20]. Обследование с использованием психометрических тестов, включая консультацию психотерапевта, проводилось на 3–6-й день ОИМ с использованием скринингового опросника, разработанного в Московском НИИ Росздрава [21], направленного на выявление тревожно-депрессивных расстройств (ТДР). Применяли следующие опросники: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [22], шкала депрессии

Бека (BDI) [23], УСКз методики определения УСК личности [24].

В исследование не включали лиц с выраженным органическим поражением головного мозга, выраженными нарушениями ритма сердца. Все больные понимали текст предложенных психометрических тестов и самостоятельно заполняли бланки методик (тесты не адаптированы в кыргызскоязычной популяции). Текст психометрических тестов предъявляли на русском языке. Клинко-инструментальное обследование больных ОИМ включало: выполнение электрокардиографии, эхокардиографии, биохимические показатели согласно протоколу лечения ОИМ. Анализировали анамнестические данные, ФР КБС, сопутствующую патологию, осложнения ОИМ. Частоту летальных исходов оценивали в период госпитализации и в течение 12 мес после перенесенного ОИМ.

Математическую обработку результатов проводили с использованием программ Excel и STATISTICA 6.0. Результаты представлены в виде среднего значения (M) и стандартного отклонения (SD). Для статистического анализа количественных показателей использовали параметрический критерий Стьюдента, непараметрический критерий Манна–Уитни, для качественных показателей – критерий  $\chi^2$  или точный критерий Фишера. Для изучения взаимосвязи между качественными переменными были составлены таблицы сопряженности  $2 \times 2$ , рассчитан  $\chi^2$ , определены ОР и 95 % доверительный интервал (ДИ) для ОР. Различия в показателях между группами считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты

Социально-демографическая характеристика больных по группам представлена в табл. 1.

В зависимости от пола выявлены различия по уровню образования с преобладанием в группе

Таблица 1. Социально-демографическая характеристика больных острым инфарктом миокарда

Показатель	Группа мужчины, n = 88	Группа женщины, n = 36	p
Семейное положение:			
в браке, n (%)	75 (85,2)	15 (41,7)	<0,0001
вдовцы, n (%)	6 (6,8)	17 (47,2)	<0,0001
в разводе, n (%)	5 (5,7)	4 (11,1)	>0,05
в браке никогда не состояли, n (%)	2 (2,3)	–	
Образование:			
незаконченное среднее, n (%)	5 (5,7)	6 (16,7)	>0,05
среднее, n (%)	42 (47,7)	19 (52,8)	>0,05
незаконченное высшее, n (%)	5 (5,7)	3 (8,3)	>0,05
высшее, n (%)	36 (40,9)	8 (22,2)	<0,05
Профессиональная занятость:			
работающие, n (%)	41 (46,6)	3 (8,3)	<0,0001
инвалиды, n (%)	6 (6,8)	1 (2,8)	>0,05
временно неработающие, n (%)	14 (15,9)	4 (11,1)	>0,05
пенсионеры, n (%)	27 (30,7)	28 (77,8)	<0,0001

Таблица 2. Клиническая и демографическая характеристика больных острым инфарктом миокарда

Показатель	Группа мужчины, n = 88	Группа женщины, n = 36	p
Возраст, лет	58,5 ± 12,04	67,4 ± 10,0	<0,05
до 45 лет, n (%)	14 (15,9)	1 (2,7)	<0,01
до 60 лет, n (%)	38 (43,2)	7 (19,5)	<0,01
старше 60 лет, n (%)	36 (40,9)	28 (77,8)	<0,01
Структура острого инфаркта миокарда, n (%):			
ИМбпST	6 (6,8)	3 (8,3)	>0,05
ИМпST	82 (93,2)	33 (91,7)	>0,05
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	27,2 ± 4,4	29,4 ± 5,0	>0,05
САД при поступлении, мм рт. ст.	138,0 ± 21,3	136,7 ± 26,6	>0,05
ДАД при поступлении, мм рт. ст.	78,4 ± 11,5	86,2 ± 12,7	>0,05
ЧСС, уд/мин	88,6 ± 18,0	84,4 ± 22,1	>0,05
Анамнестические данные, n (%):			
стенокардия напряжения	24 (27,3)	15 (41,7)	<0,05
инфаркт миокарда	12 (13,6)	9 (25,0)	<0,05
инсульт	8 (9,1)	3 (8,3)	>0,05

**Примечание.** ИМбпST – инфаркт миокарда без подъема сегмента ST; ИМпST – инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; ИМТ – индекс массы тела; ЧСС – частота сердечных сокращений; САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление.

мужчин лиц с высшим образованием; профессиональной занятости – в группе мужчин преобладали работающие, в группе женщин – пенсионеры; семейному положению – состоящих в браке было больше в группе мужчин, вдов – в группе женщин.

В нашем исследовании у женщин ОИМ развился в среднем на 9 лет позже, чем у мужчин (67,4 ± 10,0 и 58,5 ± 12,04 года соответственно,  $p < 0,05$ ). Обе группы были сопоставимы по индексу массы тела, уровню артериального давления и частоте сердечных сокращений (табл. 2).

В структуре ОИМ (как у женщин, так и у мужчин) преобладал ОИМ с подъемом сегмента ST (91,7 и 93,2 % соответственно). При анализе анамнестических данных выявлено, что дебютом КБС у женщин в 41,7 % явилась стабильная стенокардия напряжения, у мужчин – в 27,3 % случаев ( $p < 0,05$ ). Ранее перенесенный инфаркт миокарда также чаще отмечался в группе женщин (25,0 % против 13,6 %,  $p < 0,05$ ).

Получены различия в частоте встречаемости основных ФР КБС у мужчин и женщин (табл. 3).

ОИМ у женщин по сравнению с мужчинами чаще развивался на фоне артериальной гипертензии (80,5 % против 52,3 %,  $p < 0,01$ ), сахарного диабета (36,1 % против 20,4 %,  $p < 0,05$ ) и ожирения (58,3 % против 45,4 %,  $p < 0,05$ ), а распространенность курения была выше в группе мужчин (38,6 % против 2,8 %,  $p < 0,01$ ).

По наличию осложнений ОИМ группы не различались, за исключением показателя фракции выброса (ФВ) ЛЖ (табл. 4).

Самым частым осложнением ОИМ явилась острая СН, которая зарегистрирована у 52,7 % женщин и 54,5 % мужчин,  $p > 0,05$ . По данным эхокардиограммы структурно-функциональные изменения внутрисердечной гемодинамики у женщин и мужчин статистически значимо не различались, в свою очередь, снижение ФВ ЛЖ было наиболее заметным у женщин (41,4 ± 11,4 % против 45,8 ± 10,3 %,  $p < 0,05$ ).

Таблица 3. Распространенность факторов риска у больных острым инфарктом миокарда

Фактор риска	Группа мужчины, n = 88	Группа женщины, n = 36	p
Дислипидемия, n (%)	59 (67,0)	22 (61,1)	>0,05
Артериальная гипертензия, n (%)	46 (52,3)	29 (80,5)	<0,01
Сахарный диабет, n (%)	18 (20,4)	13 (36,1)	<0,05
Ожирение, n (%)	40 (45,4)	21 (58,3)	<0,05
Курение, n (%)	34 (38,6)	1 (2,8)	<0,01

Таблица 4. Осложнения острого инфаркта миокарда

Осложнение	Группа мужчины, n = 88	Группа женщины, n = 36	p
Постинфарктная стенокардия, n (%)	35 (39,7)	12 (33,3)	>0,05
Рецидив инфаркта миокарда, n (%)	3 (3,4)	1 (2,7)	>0,05
Сердечная недостаточность (Killip), n (%)	48 (54,5)	19 (52,7)	>0,05
Острая аневризма сердца, n (%)	22 (25,0)	9 (25,0)	>0,05
Тромб левого желудочка, n (%)	4 (4,5)	4 (11,1)	>0,05
Синдром Дресслера, n (%)	1 (1,1)	1 (2,7)	>0,05
Нарушения ритма, n (%)	35 (39,7)	15 (41,6)	>0,05
Нарушения проводимости, n (%)	26 (29,5)	9 (25,0)	>0,05
Фракция выброса левого желудочка, %	45,8 ± 10,3	41,4 ± 11,4	0,05

В общей группе обследованных больных ОИМ наличие симптомов ТДР по скрининговому опроснику отмечено у 83 (67 %), отсутствие – у 41 (33 %) пациента,  $p < 0,0001$ . Свое состояние в период обследования у психотерапевта оценили как «хорошее» 29 (23,4 %), «удовлетворительное» – 79 (63,7 %), «плохое» – 16 (12,9 %) пациентов. Общий балл по шкале тревоги HADS в общей группе больных составил  $7,18 \pm 4,63$ , по шкале депрессии –  $5,99 \pm 3,77$ , что соответствовало отсутствию симптомов тревоги и депрессии по данному психометрическому тесту. Показатель уровня депрессии по BDI ( $14,73 \pm 9,08$  балла) указывал на легкую степень депрессии в общей группе обследованных больных.

Анализ данных сравнения психометрических тестов в группах мужчин и женщин выявил следующее.

ТДР по скрининговому опроснику диагностировали чаще в группе женщин (91,7 %) по сравнению с группой мужчин (56,8 %),  $p < 0,001$ . Мужчины чаще (29,6 %) по сравнению с женщинами (8,3 %) оценивали свое состояние здоровья в период обследования как «хорошее»,  $p < 0,01$ , в то время как в группе женщин (22,2 %) по сравнению с группой мужчин (9,1 %) чаще встречался показатель самооценки «плохое»,  $p < 0,05$ .

Данные сравнения средних значений в группах мужчин и женщин по шкалам HADS и BDI у больных ОИМ представлены в табл. 5.

Как видно из табл. 5, показатель по шкале депрессии HADS свидетельствовал об отсутствии депрессивных симптомов в обеих группах, однако он был выше в группе женщин. Различались показатели степени выраженности депрессии по шкале BDI в группах мужчин и женщин: умеренная степень депрессии диагностирована в группе женщин, легкая – в группе мужчин.

В табл. 6 представлены данные по распространенности степени выраженности симптомов тревоги и депрессии по HADS в сравниваемых группах больных ОИМ.

Как видно из табл. 6, отсутствие симптомов тревоги и депрессии по HADS отмечали чаще в группе мужчин. Умеренная и выраженная степени депрессии по HADS чаще диагностированы в группе женщин.

В табл. 7 представлены данные по распространенности степени выраженности показателя депрессии по BDI в группах мужчин и женщин.

Как видно из табл. 7, отсутствие симптомов депрессии по BDI отмечалось чаще в группе мужчин

Таблица 5. Средние значения тревоги и депрессии по HADS и депрессии по BDI в группах мужчин и женщин с острым инфарктом миокарда

Показатель	Группа мужчины, n = 88	Группа женщины, n = 36	p
HADS			
Т	$6,27 \pm 4,23$	$9,39 \pm 4,81$	>0,05
Д	$5,36 \pm 3,6$	$7,53 \pm 4,39$	<0,01
BDI	$12,84 \pm 8,78$	$19,36 \pm 8,1$	<0,001

Примечание. Здесь и в табл. 6, 7: HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии; Т – тревога; Д – депрессия; BDI – шкала депрессии Бека.

Таблица 6. Распространенность степеней выраженности тревоги и депрессии по HADS в группах мужчин и женщин с острым инфарктом миокарда

Группа	Распространенность тревоги/депрессии					
	Т			Д		
	0–7	8–10	11 и более	0–7	8–10	11 и более
Мужчины, n = 88	n = 68 (77,3 %)	n = 16 (18,2 %)	n = 4 (4,5 %)	n = 60 (68,2 %)	n = 13 (14,8 %)	n = 15 (17,0 %)
Женщины, n = 36	n = 19 (52,8 %)	n = 7 (19,4 %)	n = 10 (27,8 %)	n = 11 (30,6 %)	n = 12 (33,3 %)	n = 13 (36,1 %)
p	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,05
Отношение рисков (95 % доверительный интервал)	1,46 (1,05–2,03)	0,93 (0,42–2,07)	0,16 (0,05–0,48)	2,23 (1,33–3,72)	0,44 (0,22–0,87)	0,47 (0,25–0,88)

Примечание. 0–7 – отсутствие тревоги/депрессии; 8–10 – умеренная тревога/депрессия; 11 и более – выраженная тревога/депрессия.

Таблица 7. Распространенность степеней выраженности депрессии по BDI в группах мужчин и женщин с острым инфарктом миокарда

Группа	Распространенность депрессии				
	0–9	10–15	16–19	20–29	30–63
Мужчины, n = 88	n = 37 (42,1 %)	n = 23 (26,1 %)	n = 9 (10,2 %)	n = 16 (18,2 %)	n = 3 (3,4 %)
Женщины, n = 36	n = 4 (11,1 %)	n = 7 (19,5 %)	n = 10 (27,8 %)	n = 10 (27,8 %)	n = 5 (13,9 %)
p	<0,001	>0,05	<0,05	Нд	<0,05
Отношение рисков (95 % доверительный интервал)	3,78 (1,45–9,84)	1,34 (0,63–2,85)	0,36 (0,16–0,83)	0,65 (0,32–1,3)	0,24 (0,06–0,97)

Примечание. 0–9 – отсутствие депрессии; 10–15 – легкая депрессия; 16–19 – умеренная депрессия; 20–29 – выраженная депрессия; 30–63 – тяжелая депрессия.

по сравнению с группой женщин. Умеренная и тяжелая степени депрессии по BDI чаще встречались в группе женщин.

УСКз методики УСК определен у 103 больных ОИМ: у 79 (76,7 %) мужчин и у 24 (23,3 %) женщин. Показатель шкалы УСКз в общей группе больных ОИМ мужчин и женщин составил  $4,53 \pm 2,44$ , в группе мужчин –  $4,72 \pm 2,38$ , в группе женщин –  $3,92 \pm 2,60$  балла. Для определения процентного соотношения интерналов и экстерналов баллы были переведены в стандартную систему единиц – станы. Статистически значимые различия по показателям экстернальности-интернальности в отношении здоровья между группами мужчин и женщин не выявлены.

Данные обследования больных ОИМ мужчин и женщин с помощью шкалы УСКз методики УСК представлены в табл. 8.

Показатель ФВ ЛЖ в группе мужчин был выше ( $45,8 \pm 10,3$  %) по сравнению с таковым в группе женщин –  $41,4 \pm 11,4$  %,  $p < 0,05$ .

В период проведения исследования умерли 12 (9,7 %) человек, в стационаре – 4 (3,2 %) и в течение

года после выписки – 8 (6,6 %) больных. Выше этот показатель был у женщин – 7 (19,4 %) против 5 (5,7 %),  $p < 0,05$ . У женщин выше была как госпитальная летальность – 3 (8,3 %) против 1 (1,1 %),  $p < 0,05$ , так и постгоспитальная – 4 (11,1 %) против 4 (4,5 %) человек,  $p > 0,05$ . У всех (100 %) умерших мужчин диагностированы симптомы депрессии по шкале BDI (10 баллов и более): легкая степень – у 3 (60 %), умеренная – у 1 (20 %), выраженная – у 1 (20 %). В группе женщин с летальным исходом отсутствие симптомов депрессии по шкале BDI диагностировано у 1 (14,3 %), наличие – у 6 (87,7 %): легкая степень – у 1 (14,3 %), умеренная – у 2 (28,6 %), выраженная – у 3 (42,8 %). Отсутствие симптомов тревоги по HADS отмечено в обеих группах больных с летальным исходом, однако чаще в группе мужчин: 4 (80,0 %) человека против 3 (57,1 %), а умеренная тревога по этой шкале была диагностирована чаще в группе женщин: 3 (42,9 %) против 1 (20,0 %) мужчины. Отсутствие симптомов депрессии по HADS также отмечено чаще в группе мужчин: 4 (80,0 %) против 3 (43,8 %), а умеренная степень депрессии – в группе женщин: 2 (28,6 %) против 1 (20,0 %). Кроме того, по шкале HADS в группе

**Таблица 8.** Процентное соотношение интерналов и экстерналов по шкале уровня субъективного контроля личности в отношении здоровья в группах мужчин и женщин с острым инфарктом миокарда

Группа	Шкала УСКз методики УСК		
	Степ		
	экстернальный, n (%), 1–4	интернальный, n (%), 6–10	среднестатистический, n (%), 5
Мужчины, n = 79	39 (49,4)	34 (43,0)	6 (7,6)
Женщины, n = 24	15 (62,5)*	6 (25)*	3 (12,5)

**Примечание.** УСКз – уровень субъективного контроля личности в отношении здоровья; УСК – методика определения уровня субъективного контроля личности.

\* $p < 0,005$  – значимое различие внутри группы.

женщин с ОИМ были выявлены симптомы выраженной депрессии – у 2 (28,5 %). Наличие симптомов ТДР по скрининговому опроснику отмечено у 3 (60 %) мужчин и у 7 (100 %) женщин. В обеих группах больных ОИМ с летальным исходом преобладал экстернальный тип УСКз: у 5 (100 %) мужчин и у 6 (85,7 %) женщин.

Учитывая малое число больных в сравниваемых группах при оценке летальности и ее взаимосвязи с другими показателями, необходимо проведение дополнительных широкомасштабных исследований в этом направлении. В данном пилотном проекте для сравнения групп по показателю летальности и ее взаимосвязи с другими переменными мы использовали точный критерий Фишера для сравнения очень малых выборок.

### Обсуждение

В настоящее время большое внимание уделяется коррекции психосоциальных ФР у пациентов с ССЗ и, в частности, тревоги и депрессии [25]. В то время как депрессия широко распространена среди больных КБС [9], ее диагностика у больных ССЗ в общемедицинской сети довольно трудна [26].

Учитывая личностные особенности больных ОИМ (алекситимию, «закрытость», гипернормативность) [27–29] и функционирование механизмов психологической защиты, в частности синдрома «отрицания» [29], данное исследование было направлено на активное выявление симптомов аффективного спектра у больных ОИМ (мужчин и женщин) с использованием психометрических шкал и полуструктурированного интервью.

Необходимо отметить, что несмотря на то, что экстренная госпитализация в стационар по поводу острого коронарного синдрома, тяжесть соматического состояния и ограничение режима двигательной активности являются в большинстве случаев причиной острого эмоционального стресса, больные ОИМ (в обеих сравниваемых по гендерному признаку группах), как правило, не предъявляли спонтанно жалобы

невротического уровня в отделении ургентной кардиологии и реанимации и в отделении ОИМ лечащему врачу, тогда как данные обследования с использованием психометрических шкал диагностировали наличие симптомов ТДР.

В общей популяции у женщин депрессия развивается примерно в 2 раза чаще, чем у мужчин, и является важным ФР ОИМ или сердечной смерти [11]. В нашем исследовании (по данным обследования психометрическими тестами) отмечена большая частота встречаемости и выраженности депрессии в группе женщин по сравнению с группой мужчин, что согласуется с данными литературы.

C. Sorensen и соавт. [30] указывают на возможность гипердиагностики депрессии у больных ОИМ с использованием психометрических шкал и, в частности, шкалы BDI. В нашем исследовании анализ сопоставления данных психометрических тестов с заключением клинично-anamnestического полуструктурированного интервью, которое было проведено психотерапевтом с некоторыми больными, выявил в части случаев наличие симптомов ТДР при отсутствии таковых при заполнении больными бланков психометрических тестов и, в частности, при обследовании с помощью шкалы BDI. В процессе проведения полуструктурированного интервью в группе мужчин чаще диагностированы алекситимия и синдром «отрицания». Данное «несовпадение» результатов психометрических тестов и заключения клинично-anamnestического интервью отмечено только в группе мужчин. Это может указывать на стремление к созданию при обследовании с использованием психометрических тестов социально одобряемого «адаптационного образа «Я» в ситуации болезни у мужчин с ОИМ. Функционирование таких механизмов психической адаптации необходимо учитывать в процессе диагностики симптомов ТДР у больных ОИМ.

При организации реабилитационных мероприятий у больных, перенесших ОИМ, необходим учет локуса контроля личности в отношении здоровья [15]. Известно, что при серьезных соматических заболева-

ниях уровень УСКз снижается как следствие психологической реакции на болезнь [15, 31]. В нашем исследовании статистически значимые различия по показателям экстернальности-интернальности в отношении здоровья между группами мужчин и женщин не выявлены. Однако в группе женщин отмечалась более выраженная частота встречаемости экстернального типа УСКз по сравнению с таковой в группе мужчин, где внутригрупповая частота встречаемости экстерналов и интерналов по шкале УСКз значительно не различалась.

Мы проанализировали показатель ФВ ЛЖ и летальность в сравниваемых группах больных. Согласно данным литературы [18], распространенность депрессии непосредственно после ОИМ среди пациентов с тяжелой дисфункцией ЛЖ (ФВ <30 %) в 4,46 раза выше (95 % ДИ 2,91–6,83), чем среди больных с сохраненной функцией ЛЖ (ФВ >60 %). Полученный результат согласуется с данными литературы о взаимосвязи аффективных расстройств с показателем ФВ ЛЖ [6, 9, 16–19]. Кроме того, через

3 мес после ОИМ ФВ ЛЖ обратно коррелирует с выраженностью депрессивной симптоматики, которая оценивается опросником BDI. В нашем исследовании в группе женщин показатель ФВ ЛЖ был статистически ниже по сравнению с таковым в группе мужчин, а частота общей и госпитальной летальности у них была выше, что согласуется с данными литературы [12, 18].

#### Заключение

По данным обследования психометрическими тестами отмечена большая частота встречаемости и выраженности расстройств тревожно-депрессивного спектра в группе женщин по сравнению с группой мужчин. В группе женщин показатель ФВ ЛЖ был статистически значимо ниже по сравнению с таковым в группе мужчин, а частота общей и госпитальной летальности у них была выше. В обеих сравниваемых группах отмечалось преобладание частоты встречаемости экстернального типа УСКз.

## Л И Т Е Р А Т У Р А / R E F E R E N C E S

1. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2015 году. РМИЦ, Бишкек, 2016. [The health of the population and activities of healthcare organizations of the Kyrgyz Republic in 2015. RMIC, Bishkek, 2016. (In Russ.)].
2. Mandelzweig L., Battler A., Boyko V. et al. Euro Heart Survey Investigators. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: Characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and Mediterranean Basin in 2004. *Eur Heart J* 2006;27(19):2285–93. DOI: 10.1093/eurheartj/ehl196. PMID: 16908490.
3. Bucholz E.M., Butala N.M., Rathore S.S. et al. Sex differences in long-term mortality after myocardial infarction: a systematic review. *Circulation* 2014;130(9):757–67. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.009480.
4. Wassertheil-Smoller S., Shumaker S., Gskene J. et al. Depression and cardiovascular sequelae in postmenopausal women. The Women's Health Initiative (WHI). *Arch Intern Med* 2004;164(3):289–98. DOI: 10.1001/archinte.164.3.289. PMID: 14769624.
5. Kim K.A., Kim J.S., Kim M.S. Predictors of coronary heart disease risk in healthy men and women. *Taehan Kanho Haknoe Chi* 2007;37(7):1039–48. PMID: 18182865.
6. Mehta L.S., Beckie T.M., DeVon H.A. et al. Acute Myocardial Infarction in Women: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2016;133(9):916–47. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000351. PMID: 26811316.
7. Gustad L.T., Laugsand L.E., Janszky I. et al. Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction: the HUNT 2 study. *Eur Heart J* 2014;35(21):1394–403. DOI: 10.1093/eurheartj/eh387.
8. Albert C.M., Chae C.U., Rexrode K.M. et al. Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. *Circulation* 2005;111(4):480–7. DOI: 10.1161/01.CIR.0000153813.64165.5D. PMID: 15687137.
9. Lichtman J.H., Froelicher E.S., Blumenthal J.A. et al. Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients with Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations. A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2014;129(12):1350–69. DOI: 10.1161/CIR.000000000000019.
10. Parker G.B., Hilton T.M., Walsh W.F. et al. Timing is everything: the onset of depression and acute coronary syndrome outcome. *Biol Psychiatry* 2008;64(8):660–6. DOI: 10.1016/j.biopsych.2008.05.021.
11. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Mental Health Findings. 2012. <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/2011MHFDT/2k11MHFR/Web/NSDUHmhfr2011.htm>.
12. Whang W., Kubzansky L.D., Kawachi I. et al. Depression and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease in women: results from the Nurses' Health Study. *J Am Coll Cardiol* 2009;53(11):950–8. DOI: 10.1016/j.jacc.2008.10.060.
13. Shah A.J., Veledar E., Hong Y. et al. Depression and history of attempted suicide as risk factors for heart disease mortality in young individuals. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(11):1135–42. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.125.
14. Rutledge T., Linke S.E., Krantz D.S. et al. Comorbid depression and anxiety symptoms as predictors of cardiovascular events: results from the NHLBI-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study. *Psychosom Med* 2009;71(9):958–64. DOI: 10.1097/PSY.0b013e3181bd6062.
15. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S. et al. INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364(9438):937–52. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)17018-9. PMID: 15364185.



16. Васюк Ю.А., Лебедев А.В., Довженко Т.В. и др. Аффективные расстройства и инфаркт миокарда: клинико-функциональные взаимосвязи и возможности антидепрессивной терапии тианептином. Кардиология 2009;49(1):25–9. [Vasyuk Yu.A., Lebedev A.V., Dovzhenko T.V. et al. Affective disorder and myocardial infarction: clinical and functional relationships and possible antidepressant therapy tianeptine. *Kardiologiya = Cardiology* 2009;49(1):25–9. (In Russ.)].
17. Frasure-Smith N., Lesperance F., Juneau M. et al. Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1999;61(1):26–37. PMID: 10024065.
18. van Melle J.P., de Jonge P., Ormel I. et al. Relationship between left ventricular dysfunction and depression following myocardial infarction: data from the MIND-IT. *Eur Heart J* 2005;26(24):2650–6. DOI: 10.1093/eurheartj/ehi480. PMID: 16143708.
19. Ziegelstein R.C., Thombs B.D. The brain and the heart: the twain meet. *Eur Heart J* 2005;26(24):2607–8. DOI: 10.1093/eurheartj/ehi576. PMID: 16227312.
20. Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. et al. Third universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J* 2012;33(20):2551–67. DOI: 10.1093/eurheartj/ehs184. PMID: 22922414.
21. Васюк Ю.А., Лебедев А.В., Довженко Т.В., Семиглазова М.В. Аффективные расстройства при остром инфаркте миокарда и возможности их коррекции тианептином. *Терапевтический архив* 2010;82(10):28–33. [Vasyuk Yu.A., Lebedev A.V., Dovzhenko T.V., Semiglazova M.V. Affective disorders in acute myocardial infarction and possibilities of their correction tianeptine. *Terapevticheskiy arkhiv = Therapeutic Archive* 2010;82(10):28–33. (In Russ.)].
22. Zigmund A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361–70. PMID: 6880820.
23. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression. *Arc Gen Psychiatry* 1961;4:561–71. PMID: 13688369.
24. Методика определения уровня субъективного контроля личности (УСК). Методические рекомендации. М., 1984. [The method of determining the level of subjective control (CTC). *Methodical recommendations*. Moscow, 1984. (In Russ.)].
25. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2016;37(29):2315–81. DOI: 10.1177/2047487316653709.
26. Бурячковская Л.И., Полякова Е.О., Сумароков А.Б. Влияние депрессивных расстройств на развитие и исход сердечно-сосудистых заболеваний. *Терапевтический архив* 2006;78(11):87–92. [Buryachkovskaya L.I., Polyakova E.O., Sumarokov A.B. The effect of depressive disorders on the development and outcome of cardiovascular diseases. *Terapevticheskiy arkhiv = Therapeutic Archive* 2006;78(11):87–92. (In Russ.)].
27. Дьячкова-Рехтина Н.И., Рехтина Л.В., Бондарева З.Г., Короленко Ц.П. Алекситимия у женщин, перенесших инфаркт миокарда: роль нейрофизиологического метода коррекции в комплексной санаторной реабилитации. *Клиническая медицина* 2007;85(4):52–5. [D'yachkova-Rekhtina N.I., Rekhtina L.V., Bondareva Z.G., Korolenko Ts.P. Alexithymia in women after myocardial infarction: the role of neurophysiological correction method in complex sanatorium rehabilitation. *Klinicheskaya meditsina = Clinical Medicine* 2007;85(4):52–5. (In Russ.)].
28. Мухтаренко С.Ю., Мураталиев Т.М. Взаимосвязь алекситимии с качеством жизни и уровнем субъективного контроля личности у больных с коронарной болезнью сердца. *Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета* 2007;2(7):133–7. [Mukhtarenko S.Yu., Murataliev T.M. The relationship of alexithymia with quality of life and level of subjective control of the person at patients with coronary heart disease. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiyskogo Slavyanskogo universiteta = Bulletin of The Kyrgyz-Russian Slavic University* 2007;2(7):133–7. (In Russ.)].
29. Современные достижения в реабилитации больных инфарктом миокарда. Под ред. И.К. Шхвацабая, Г. Андерса. М.: Медицина, 1983. [Modern advances in the rehabilitation of patients with myocardial infarction. Eds. by: I.K. Shkhvatsabay, G. Anders. Moscow: Meditsina, 1983. (In Russ.)].
30. Sorensen C., Fris-Hasche E., Nadjhfelt T., Bech P. Postmyocardial infarction mortality in relation to depression: a systematic critical review. *Psychother Psychosom* 2005;74(2):69–80. DOI: 10.1159/000083165. PMID: 15741756.
31. Дмитриев К.Д., Цейтина Г.П., Эткинд А.М. Уровень субъективного контроля у соматических больных и задачи реабилитации. Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психических больных. Сборник научных трудов. Л., 1984. С. 100–105. [Dmitriev K.D., Tseytina G.P., Etkind A.M. The level of subjective control in patients with somatic and objectives of rehabilitation. Socio-psychological problems of rehabilitation of neuropsychiatric patients. Collection of scientific works. Leningrad, 1984. Pp. 100–105. (In Russ.)].