

УДК 616.127-005.8:616.89-008.454

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И УРОВЕНЬ СУБЪЕКТИВНОГО КОНТРОЛЯ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

С.Ю. Мухтаренко, З.А. Абдулкадырова, Т.М. Мураталиев, З.Т. Раджапова,
Н.К. Абдурахманов, А.Ш. Аалиева, А.К. Ботикова

Анализируются гендерные особенности аффективных расстройств и особенности субъективного контроля личности в отношении здоровья у больных острым инфарктом миокарда.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда; аффективные расстройства; тревога; депрессия; субъективный контроль личности.

GENDER FEATURES OF AFFECTIVE DISORDERS AND THE LEVEL OF SUBJECTIVE PERSONALITY CONTROL IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

S.Yu. Mukhtarenko, Z.A. Abdulkadirova, T.M. Murataliev, Z.T. Radzhapova,
N.K. Abdurakhmanov, A.S. Aaliev, A.K. Botikova

The article presents gender features of affective disorders and the level of subjective personality control in patients with acute myocardial infarction.

Keywords: acute myocardial infarction; affective disorders; anxiety; depression; subjective personality control.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из наиболее распространенных причин, снижающих работоспособность и приводящих к инвалидизации человека [1]. Депрессия широко распространена среди больных коронарной болезнью сердца (КБС) [2]. Однако в настоящее время недостаточно изучены гендерные особенности аффективных расстройств у больных КБС. В то же время КБС имеет гендерные различия аффективного статуса [3–5], что необходимо учитывать при планировании лечебных и реабилитационных программ.

Важной характеристикой, влияющей на успешность реабилитационных мероприятий у соматических больных, является и уровень субъективного контроля личности, в частности в отношении здоровья (УСКз) [6]. Уровень субъективного контроля личности в самом общем смысле характеризует убежденность человека в своей способности влиять на происходящие события и справляться с трудными жизненными ситуациями, в том числе с болезнями. При экстернальном типе УСКз сама возможность эффективного лечения пациентом отрицается или ответственность за лечебный процесс полностью перекладывается на других лиц (чаще всего врачей). При интернальном типе

УСКз процесс улучшения состояния здоровья рассматривается как результат своей собственной деятельности.

Заслуживают внимания и исследования по изучению взаимосвязи между аффективными расстройствами и структурно-функциональными нарушениями левого желудочка после ОИМ. Так, в ряде исследований изучалась такая взаимосвязь. Некоторые авторы отмечают, что наличие расстройств депрессивного спектра ассоциируется со снижением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) [7, 8]. По данным других исследований [9, 10], эта взаимосвязь была статистически недостоверна. Однако исследования, проведенные на достаточном в количественном выражении материале, свидетельствуют о том, что при депрессии после ОИМ отмечается более низкое значение ФВ ЛЖ [11].

Цель данного исследования – изучить особенности тревожно-депрессивного спектра и уровня субъективного контроля личности в отношении здоровья у мужчин и женщин с ОИМ.

Материал и методы. Обследованы 70 больных ОИМ с подъемом и без подъема сегмента ST (средний возраст $59,74 \pm 12,26$ года): 50 (71,43 %) мужчин и 20 (28,57 %) женщин, госпитализи-

Таблица 1 – Средние значения тревоги и депрессии по HADS и BDI в группах мужчин и женщин

Группа	HADS		BDI
	Т	Д	
Мужчины, n = 50	6,24 ± 4,68	5,44 ± 3,64	12,84 ± 8,77#
Женщины, n = 20	8,05 ± 5,0	7,5 ± 5,16	18,85 ± 9,03#

Примечание: здесь и далее: HADS – госпитальная шкала тревоги и депрессии; Т – тревога; Д – депрессия; BDI – шкала депрессии Бека, # – $p < 0,001$.

Таблица 2 – Распространенность степени выраженности тревоги и депрессии по HADS в группах мужчин и женщин

Группа	Степень выраженности тревоги/депрессии					
	Т			Д		
	0–7	8–10	11 и >	0–7	8–10	11 и >
Мужчины, n = 50	n = 36 (72 %)*	n = 9 (18 %)	n = 5 (10 %)	n = 39 (78 %)#	n = 8 (16 %)	n = 3 (6 %)*
Женщины, n = 20	n = 8 (40 %)*	n = 7 (35 %)	n = 5 (25 %)	n = 11 (55 %)#	n = 4 (20 %)	n = 5 (25 %)*

Примечание. 0–7 – отсутствие тревоги/депрессии; 8–10 – умеренная тревога/депрессия; 11 и > – выраженная тревога/депрессия (* – $p < 0,01$; # – $p < 0,05$; * – $p < 0,03$).

Таблица 3 – Распространенность степени выраженности депрессии по BDI в группах мужчин и женщин

Группа	Степень выраженности депрессии				
	0–9	10–15	16–19	20–29	30–63
Мужчины, n = 50	21 (42 %)*	14 (28 %)	4 (8 %)	9 (18 %)	2 (4 %)
Женщины, n = 20	3 (15 %)*	5 (25 %)	3 (15 %)	6 (30 %)	3 (15 %)

Примечание. 0–9 – отсутствие депрессии; 10–15 – легкая степень депрессии; 16–19 – умеренная степень; 20–29 – выраженная степень; 30–63 – тяжелая степень, * – $p < 0,03$.

рованных в Национальный Центр кардиологии и терапии имени академика М. Миррахимова. Средний возраст мужчин составил $55,82 \pm 10,86$, средний возраст женщин – $69,55 \pm 9,93$ года. Различие по возрасту было связано с тем, что острый коронарный синдром развивается у женщин в более позднем возрасте. Обследование проводилось на 3–6-й дни ОИМ с использованием скринингового опросника, разработанного в Московском НИИ Росздрава [12], направленного на выявление симптомов тревожно-депрессивного спектра (ТДР), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [13], шкалы депрессии Бека (BDI) [14], шкалы уровня субъективного контроля личности в отношении здоровья (УСКз) методики определения уровня субъективного контроля личности [15]. В исследование не включались лица 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). Анализировался показатель ФВ ЛЖ в сравниваемых группах больных ОИМ мужчин и женщин. Данные представлены

в виде среднего значения (М) и стандартного отклонения (SD). Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ Excel и Statistika 6,0. Степень достоверности различий оценивали с использованием критерия t Стьюдента. Различие в показателях между группами считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. В общей группе обследованных больных ОИМ наличие симптомов тревожно-депрессивного спектра (ТДР) по скрининговому опроснику отмечалось у 47 (67,14 %), отсутствие – у 23 (32,86 %), различие достоверно, $p < 0,05$. Свое состояние в период обследования у психотерапевта оценили как “хорошее” 18 (25,71 %), “удовлетворительное” – 45 (64,29 %), “плохое” – 7 (10 %) пациентов. Общий балл по шкале тревоги HADS составил в общей группе больных $6,76 \pm 4,84$, по шкале депрессии – $6,03 \pm 4,24$, что соответствовало отсутствию симптомов тревоги и депрессии по данному психометрическому тесту. Показатель уровня депрессии по BDI ($14,56 \pm 9,26$) указывал на легкую степень депрессии в общей группе обследованных больных. Общий балл шкалы УСКз методики УСК в общей группе обследованных больных составил $1,86 \pm 4,53$.

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

ТДР по скрининговому опроснику диагностировались достоверно чаще в группе женщин (85 %) по сравнению с группой мужчин (60 %), различие достоверно, $p < 0,05$. Мужчины чаще (32 %), по сравнению с женщинами (10 %), оценивали свое состояние здоровья в период обследования как “хорошее”, в то время как в группе женщин чаще встречался показатель самооценки “плохое” (15 %), по сравнению с таковым в группе мужчин (8 %), различия не достоверны.

Данные сравнения средних значений по шкалам HADS и BDI в группах мужчин и женщин представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, степень выраженности депрессии по BDI была достоверно выше (верхняя граница значения умеренной степени) в группе женщин по сравнению с таковой (легкая степень) в группе мужчин.

В таблице 2 представлены данные по распространенности степени выраженности тревоги и депрессии по HADS в группах мужчин и женщин.

Как видно из таблицы 2 отсутствие симптомов тревоги и депрессии отмечалось достоверно чаще в группе мужчин по сравнению с группой женщин. Симптомы выраженной депрессии по HADS отмечались достоверно чаще в группе женщин.

В таблице 3 представлены данные по распространенности степени выраженности показателя депрессии по BDI в группах мужчин и женщин.

Как видно из таблицы 3, отсутствие симптомов депрессии по BDI отмечалось достоверно чаще в группе мужчин по сравнению с группой женщин. Легкая степень депрессии встречалась чаще в группе мужчин, тогда как умеренная, выраженная и тяжелая степени – в группе женщин, различия не достоверны.

В отличие от исследования С. Sorensen et al. [15], в котором указывалось на возможность гипердиагностики депрессии у больных ОИМ с использованием шкалы BDI, анализ сопоставления данных психометрических тестов с заключениями клиничко-anamnestического полужформализованного интервью, которое было проведено некоторым больным, выявил в части случаев наличие симптомов ТДР при отсутствии таковых при заполнении больным бланков психометрических тестов. Данное “несовпадение” результатов психометрических тестов и заключения клиничко-anamnestического интервью отмечалось 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. Функционирование таких механизмов психической адаптации необходимо учитывать в процессе диагностики симптомов ТДР у больных ОИМ.

В группе мужчин показатель УСКз методики УСК составил $1,82 \pm 4,09$, в группе женщин – $1,65 \pm 5,19$ балла. Для определения процентного соотношения количества интерналов и экстерналов значения сырых баллов были переведены в баллы. В группе мужчин интернальный тип УСКз диагностирован у 20 (40 %), экстернальный – у 26 (52 %) пациентов. В группе женщин интернальный тип УСКз отмечался у 6 (30 %), экстернальный – у 9 (45 %) больных. В группе мужчин среднестатистическое значение по шкале УСКз методики УСК отмечалось у 4 (8 %), в группе женщин – у 5 (25 %), различие достоверно, $p < 0,05$.

Данные обследования больных ОИМ мужчин и женщин шкалой УСКз методики УСК представлены на рисунках 1 и 2.



Рисунок 1 – Процентное соотношение интерналов и экстерналов по шкале УСКз в группе мужчин



Рисунок 2 – Процентное соотношение интерналов и экстерналов по шкале УСКз в группе женщин

Более выраженная частота встречаемости экстернального типа УСКз в обеих группах характерна для большинства больных с соматическими

заболеваниями [11]. Однако достоверно более высокий процент встречаемости среднестатистического показателя УСКз в группе женщин может свидетельствовать о формировании адекватных механизмов психической адаптации в ситуации болезни, оказывающих влияние на успешность лечебных и реабилитационных программ.

Показатель ФВ ЛЖ в группе мужчин составил $44,96 \pm 10,43$, в группе женщин – $41,15 \pm 9,92$, различие достоверно, $p < 0,04$. Данный результат согласуется с литературными данными о взаимосвязи аффективных расстройств с показателем ФВ ЛЖ [11, 12].

Выводы

1. По данным обследования психометрическими тестами, отмечалась большая частота встречаемости и выраженности расстройств тревожно-депрессивного спектра в группе женщин.

2. Выраженность расстройств тревожно-депрессивного спектра в группе женщин сочеталась с достоверно более низким показателем фракции выброса левого желудочка по сравнению с таковым в группе мужчин.

3. В обеих сравниваемых группах больных ОИМ мужчин и женщин отмечалось преобладание экстернального типа уровня субъективного контроля личности в отношении здоровья, однако среднестатистический показатель УСКз достоверно чаще встречался в группе женщин.

4. Гендерные особенности аффективных расстройств необходимо учитывать при планировании лечебных и реабилитационных мероприятий у больных ОИМ.

Литература

1. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal* 2012;1638.
2. 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: 1350–69.
3. Репин А.Н. Комплексная реабилитация пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами / А.Н. Репин, У.В. Лебедева, Т.Н. Сергиенко и др. // *КардиоСоматика*. 2010. № 1. С. 51–56.
4. Kim K., Kim J., Kim M. Predictors of coronary heart disease risk in healthy men and women // *Taehan Kanho Haknoe Chi*. 2007; 37 (7): 1039–48.
5. Wassertheil-Smoller S., Shumaker S., Gskene J. Depression and cardiovascular sequelae in postmenopausal women. The Women's Health Initiative (WHI) // *Arch Intern Med*. 2004; 164: 289–98.
6. Мухтаренко С.Ю. Влияние уровня субъективного контроля личности в отношении здоровья на формирование выбора метода лечения у больных КБС / С.Ю. Мухтаренко, Т.М. Неклюдова Ю.Н. Мураталиев и др. // “Кардиоваскулярная профилактика и реабилитация – 2013”: материалы конф. // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2013. № 12 (апрель). Спец. выпуск. С. 53–54.
7. Васюк Ю.А. Аффективные расстройства и инфаркт миокарда: клинико-функциональные взаимосвязи и возможности антидепрессивной терапии тианептином / Ю.А. Васюк, А.В. Лебедев, Т.В. Довженко и др. // *Кардиология*. 2009. № 1. С. 25–29.
8. Frasure-Smith N., Lesperance F., Junian M. et al. Gender depression, and one-year prognosis after myocardial infarction // *Psychosom Med* 1999; 61: 26–37.
9. Carney R.M., Blumenthal J.A., Catelier D. et al. Depression as a risk factor for mortality after myocardial infarction // *Am J Cardiol*. 2003; 92: 1277–81.
10. Strik J.J., Lousberg R., Cheriex E.C., Honig A. One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome // *J Psychosom Res*. 2004; 56: 59–66.
11. Методика определения уровня субъективного контроля личности (УСК): метод. рекомендации. М., 1984, 22 с.
12. Васюк Ю.А. Аффективные расстройства при остром инфаркте миокарда и возможности их коррекции тианептином / Ю.А. Васюк, А.В. Лебедев, Т.В. Довженко и др. // *Тер. архив*. 2010. № 10. С. 28–33.
13. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1982; 67: 361–370.
14. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. Inventory for Measuring Depression // *Arc Gen Psychiat*. 1961; 4: 561–71.
15. Sorensen C., Fris-Hasche E., Hadhfelt T., Bech P. Postmyocardial infarction mortality in relation to depression: a systematic critical review // *Psychother Psychosom*. 2005; 74: 69–80.