

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВОЗРАСТНЫХ И ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Н.Б. Лебедева¹, Н.Ю. Ардашова¹, Е.В. Тавлueva¹, О.Л. Барбараш²

¹НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово

²ГБОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России

E-mail: lebenb@mail.ru

PSYCHOLOGICAL AND EMOTIONAL ASPECTS OF AGE AND GENDER DIFFERENCES IN MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

N.B. Lebedeva¹, N.Yu. Ardashova¹, E.V. Tavlueva¹, O.L. Barbarash²

¹Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences, Kemerovo

²Kemerovo State Medical Academy

Изучены гендерные и возрастные различия значимости тревожно-депрессивного синдрома при инфаркте миокарда (ИМ) для течения госпитального периода заболевания и годового прогноза. В исследование включены 346 пациентов с Q-образующим ИМ (140 женщин и 206 мужчин). Психоэмоциональный статус больных оценивался по шкале депрессии Цунга, шкалам личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) Спилбергера-Ханина, шкале госпитальной тревоги и депрессии HADS. Через год после развития ИМ проводился анализ "конечных точек". При оценке ЛТ на 5–7-е сутки ИМ высокая ЛТ достоверно чаще выявлялась у женщин, чем у мужчин – 126 (90%) и 121 (58,7%) случаев соответственно, умеренно повышенная ЛТ – у 14 (10%) женщин и 85 (41,3%) мужчин ($p < 0,01$). Ни в одной гендерной группе не была выявлена низкая ЛТ при ИМ. Высокая РТ определена только у 3 (1,4%) мужчин и у 29 (20,7%) женщин ($p = 0,02$), умеренно повышенная – у 96 (46,6%) мужчин и 100 (71,4%) женщин, низкая – у 107 (51,9%) мужчин и 11 (7,8%) женщин. Признаки депрессии на 5–7-е сутки ИМ одинаково часто выявлялись как у мужчин, так и у женщин – соответственно у 61 (29,6%) и 34 (24,2%). Таким образом, при одинаковой связи тревожно-депрессивного синдрома с тяжестью ИМ тревожность имеет значение для годового прогноза у мужчин, а депрессия – для женщин. С увеличением возраста пациентов, перенесших ИМ, повышается уровень депрессии и у мужчин, и у женщин на всех этапах наблюдения.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, тревожность, депрессия, гендерные различия.

Gender and age differences of the psychological and emotional factors significance in patients with myocardial infarction (MI). The study enrolled 206 males and 140 females with Q-wave-myocardial infarction. The psychological and emotional status was analysed using Zung's scale, STAI and HADS scales. The results were analyzed after 12 months. Personal anxiety was studied on the 5–7 day of MI. 126 (90%) females and 121 (58.7%) males had the highest level of personal anxiety while 14 (10%) females and 85 (41.3%) males had moderate level of personal anxiety ($p < 0.01$). Nobody of patients had low levels of personal anxiety. 3 (1.4%) males and 29 (20.7%) females had the highest level of reactive anxiety ($p = 0.02$), 96 (46.6%) males and 100 (71.4%) females had moderate levels of reactive anxiety and 107 (51.9%) males and 11 (7.8%) females had low level of reactive anxiety. The results of depression test in males and females were similar [61 (29.6%) vs 34 (24.2%)]. Conclusion. Anxiety is the most important factor in males associated with a higher number of adverse events after myocardial infarction. Depression is the most important factor in females associated with a higher number of adverse events after myocardial infarction. Older male and female patients have more severe depression symptoms during the hospital stay and 12 months after the admission.

Key words: myocardial infarction, depression, anxiety, gender differences.

Введение

Несмотря на прогресс медикаментозных и интервенционных методов лечения ишемической болезни сердца (ИБС), ИМ остается одной из основных причин смертности как мужчин, так и женщин [5]. Некоторые преимущества у женщин в развитии сердечно-сосудистых заболеваний нивелируются, если ИБС уже существует, а в случае развития ИМ прогноз у женщин может быть даже хуже, чем у мужчин [11]. Использование только клинических и функциональных показателей недостаточно для прогнозирования течения ИМ, в связи с чем в настоящее время все большее внимание уделяется таким психоэмоциональным факторам, как поведенческий тип, наличие тревоги и депрессии, влияние которых на развитие и исходы ИМ в настоящее время не вызывает сомнений. Доказана связь психического статуса больных после острого ИМ с долговременным прогнозом развития заболевания [1, 9, 12, 19]. Однако, несмотря на большой интерес к значимости психологического статуса больных ИМ, половые и возрастные различия в этом аспекте остаются малоизученными. Вместе с тем известно, что пожилые больные более подвержены развитию тревожных и депрессивных расстройств по сравнению с молодыми, равно как женщины – по сравнению с мужчинами [3, 8, 18]. Таким образом, очевидно, что изучение факторов, влияющих на развитие, течение и прогноз острых форм ИБС, требует дифференцированного подхода у мужчин и женщин с учетом возраста пациентов.

Цель исследования: выявление гендерных и возрастных различий в значимости тревожно-депрессивного синдрома при ИМ для течения раннего госпитального периода заболевания и годового прогноза.

Материал и методы

При отборе пациентов в исследование соблюдался принцип “случай-контроль”. В исследование включены 346 больных с Q-образующим ИМ, из них 140 женщин и 206 мужчин. Средний возраст в гендерных группах достоверно не различался и составил 63 (54; 68) года для мужчин и 64 (59; 69) – для женщин. Кроме того, пациенты по возрасту разделялись на группы до 65 лет – 68 (40,5%) женщин и 101 (60,5%) мужчины и старше 65 лет – 72 (40,7%) женщины и 105 (59,3%) мужчин. Согласно классификации Л.Ф. Николаевой и Д.М. Аронова (1988), пациентов делили на классы тяжести ИМ [2], которые оказались сопоставимы в обеих группах, как и передняя ло-

кализация ИМ (60,7 и 61,2% соответственно). У женщин значительно чаще (90,7%), чем у мужчин (64,1%; $p < 0,05$), встречались в анамнезе артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет 2-го типа (26,4 и 13,1% соответственно; $p < 0,05$), что подтверждает известные данные о большем значении СД как фактора риска ИБС у женщин. Рецидив ИМ имел место у 13,6% женщин и 9,7% мужчин.

Обе группы не различались по методам лечения в остром периоде ИМ. Для купирования ангинозного статуса использовали наркотические и ненаркотические анальгетики, проводилась непрерывная 24-часовая инфузия гепарина, согласно номограмме, с последующим подкожным введением, назначались дезагреганты (аспирин, а у 27,3% – аспирин и клопидогрель), β -блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), по показаниям – инфузия нитроглицерина, диуретики. Статины на госпитальном этапе получали 22,9% больных, чрескоронарное вмешательство (ЧКВ) проведено у 27,3%, тромболитическая терапия (ТЛТ) – у 24,6% больных.

Психологическое обследование проводилось на 5–7-е сутки и спустя год после развития ИМ. Помимо клинико-инструментальных методов, с целью изучения психоэмоционального статуса больных использовались: шкала депрессии Цунга, шкалы личностной (ЛТ) и реактивной тревожности (РТ) Спилберга–Ханина, шкала госпитальной тревоги и депрессии HADS.

Спустя год после развития ИМ анализировалось число исходов по “конечным точкам”: exitus letalis, реинфаркты, случаи ишемических событий и повторные госпитализации. Обследование проводилось после подписания пациентами информированного согласия.

Обработка полученных данных выполнялась методами параметрической и непараметрической статистики с использованием статистической компьютерной программы STATISTICA 6.0. В случаях нормального распределения вычислялись средние значения величин (M), стандартная ошибка среднего (m), достоверность различий оценивалась по критерию Стьюдента. При отсутствии нормального распределения определяли медиану (Me) и межквартильный размах ($Q_{25}–Q_{75}$). Динамику числовых параметров во времени оценивали по критерию Вилкоксона и/либо Манна–Уитни. Для выявления связи между изучаемыми величинами применяли корреляционный анализ по Спирмену. Для сравнения частот использовался критерий соответствия Пирсона – χ^2 . Во всех процедурах статистического анализа уровень значимости p

принимался равным или менее 0,05.

Результаты и обсуждение

В выполненных ранее исследованиях доказана прогностическая роль высокого уровня тревожности для мужчин с развившимся ИМ, причем большинство исследователей связывают этот факт с гиперсимпатикотонией и повышением на ее фоне риска развития желудочковых нарушений ритма (ЖНР) сердца [12, 13]. Кроме того, в литературе приводятся данные о том, что тревога повышает риск кардиальной смерти у мужчин, но не у женщин [7]. Вместе с тем известно, что в целом на популяционном уровне тревожные расстройства у женщин встречаются в 2–3 раза чаще, чем у мужчин [4]. В исследовании С.М. Albert (2005) показано, что при повышении фобической тревожности у женщин риск внезапной смерти (ВС) увеличивается на 52%, а риск смерти от ИБС – на 32% [7]. Однако в этом исследовании при поправке на СД, АГ и гиперхолестеринемии у женщин с повышенной тревожностью в отличие от мужчин был выявлен больший риск не для ВС, а для развития ИБС и нефатальных ИМ. Одно из немногочисленных исследований, в которое были включены женщины с ИБС, выявило наличие прямой корреляционной связи между уровнем тревожности и степенью выраженности коронарного атеросклероза, но не доказано, что снижение тревожности предотвращает коронарную окклюзию [17].

В нашем исследовании при оценке уровня личностной тревожности на 5–7-е сутки ИМ ее высокий уровень достоверно чаще диагностировался у женщин, чем у мужчин – 90% (n=126) против 58,7% (n=121) соответственно, тогда как умеренно повышенная ЛТ чаще выявлялась среди мужчин – 41,3% (n=85) против 10% (n=14) у женщин ($p<0,01$). Низкой ЛТ ни в одной гендерной группе выявлено не было. Полученные результаты соответствуют данным литературы [6] и, вероятно, свидетельствуют о том, что повышенный уровень личностной тревожности (как конституциональной особенности личности) является предиктором развития ИБС и повторных коронарных событий.

Показатели РТ распределились иначе: высокий уровень РТ установлен только у 1,4% (n=3) мужчин и у 20,7%

(n=29) женщин, умеренно повышенная РТ имела место у 46,6% (n=96) мужчин и 71,4% (n=100) женщин и низкая – у 51,9% (n=107) мужчин и 7,8% (n=11) женщин. Таким образом, среди мужчин превалировал низкий и средний уровни РТ, а среди женщин – умеренно повышенный. Высокая РТ статистически значимо чаще регистрировалась у женщин ($p=0,02$), что подтверждает известный факт о более выраженной ситуационной реактивности у женщин [7]. В то же время отсутствие эмоциональной реакции у мужчин в виде повышенной РТ может свидетельствовать в пользу психосоматической природы ИМ и, вероятно, реализации у них психологического защитного механизма.

После разделения больных по возрасту у пожилых женщин в сравнении с более молодыми уровень ЛТ увеличивался, тогда как у пожилых мужчин (в сравнении с молодыми) преобладали уровни РТ и ситуационной тревожности, оценивавшейся по шкале HADS (табл. 1). В течение года снижение уровня тревожности по данным теста HADS и РТ имело место только в группе мужчин старше 65 лет. Среди мужчин моложе 65 лет и у женщин обеих возрастных групп значимого снижения ситуационной тревоги не установлено. Уровни ЛТ в течение года оставались высокими во всех исследуемых подгруппах.

Повышенная тревожность нередко сочетается с симптомами депрессии, частота встречаемости которых при ИМ достигает 65% [10]. При этом отрицательное влияние на прогноз после ИМ оказывает даже маловыраженная депрессивная симптоматика [9]. Существуют данные о том, что депрессия при ИМ чаще регистрируется у женщин и пожилых пациентов [6, 18]. Вместе с тем не всеми авторами разделяется мнение о более частом выявлении депрессии у женщин. Так, существуют исследования, в которых симптомы депрессии при ИМ чаще выявлялись у мужчин [4].

В нашем исследовании признаки депрессии на 5–7-е сутки ИМ одинаково часто выявлялись как у мужчин, так и у женщин – соответственно 29,6% (n=61) и 24,2% (n=34). Через год количество пациентов с симптомами депрессии среди мужчин возросло до 47,6% (n=98), а среди женщин, напротив, снизилось до 10% (n=14); $p=0,04$. Однако после разделения пациентов по возрасту оказалось, что у пожилых пациентов средние баллы депрессии были

Таблица 1

Динамика показателей уровней тревожности, определяемой различными оценочными шкалами на 5–7-е сутки и через год после инфаркта миокарда, у мужчин и женщин различных возрастных групп, ($M\pm m$)

Группы	65 лет и старше, n=177		До 65 лет, n=169	
	5–7-е сутки а	1 год б	5–7-е сутки с	1 год д
(1) мужчины, n=206 (2) женщины, n=140	9,7±0,7 10,0±1,2	6,6±1,1, $p_{a-b}<0,03$ 9,6±1,3, $p_{1-2}<0,05$	7,4±0,8, $p_{a-c}<0,05$ 9,6±1,1, $p_{1-2}<0,05$	8,3±1,2 8,4±2,2
(1) мужчины, n=206 (2) женщины, n=140	34,4±2,3 41,50±1,4, $p_{1-2}<0,01$	23,4±3,1, $p_{a-b}<0,005$ 37,5±2,4, $p_{1-2}<0,03$	31,3±1,2 40,6±1,6, $p_{1-2}<0,01$	29,0±1,3, $p_{b-d}<0,05$ 36,9±1,2, $p_{1-2}<0,01$
(1) мужчины, n=206 (2) женщины, n=140	49,9±1,6 58,3±1,2, $p_{1-2}<0,001$	47,9±2,4 53,6±2,2	47,6±1,3 54,7±1,4, $p_{1-2}<0,05$, $p_{a-c}<0,05$	46,9±1,1 52,5±1,7, $p_{1-2}<0,05$

Таблица 2

Средние баллы депрессии, определяемые шкалами HADS и Zung, у мужчин и женщин различных возрастных групп на 5–7-е сутки инфаркта миокарда и через год (M±m)

Группы	Пациенты 65 лет и старше, n=177		Пациенты до 65 лет, n=169	
	5–7-е сутки	Год	5–7-е сутки	Год
	a	b	c	d
(1) мужчины, n=206	9,33±0,74	8,01±0,83,	7,92±0,36, $p_{a-c}<0,05$	7,21±0,78
(2) женщины, n=140	10,31±0,93	11,80±2,26, $p_{1-2}<0,04$	9,41±0,42, $p_{1-2}<0,04$	8,61±0,73, $p_{b-d}<0,05$
Средний балл депрессии по шкале Zung				
(1) мужчины, n=206	40,29±1,72	41,60±1,8	36,12±1,35, $p_{a-c}<0,04$	35,2±1,63, $p_{b-d}<0,03$
(2) женщины, n=140	42,75±1,93	46,9±1,6, $p_{1-2}<0,05$	39,41±0,92, $p_{1-2}<0,03$, $p_{a-c}<0,04$	39,63±0,72, $p_{1-2}<0,02$, $p_{b-d}<0,03$

Примечание: n – число участников в группе.

Таблица 3

Показатели реактивной и личностной тревожности на 5–7-е сутки инфаркта миокарда и через год в гендерных группах в зависимости от тяжести заболевания (M±m)

Класс тяжести, ИМ	Женщины, n=140		Мужчины, n=206	
	5–7-е сутки	Год	5–7-е сутки	Год
	a	b	c	d
1. II	35,4±2,9	34,1±2,2	30,2±1,23	30,2±1,52
2. III–IV	40,5±1,5, $p_{1-2}<0,05$	37,3±1,6, $p_{1-2}<0,05$	33,8±1,63, $p_{1-2}<0,05$	33,4±1,33, $p_{1-2}<0,01$, $p_{b-d}<0,01$
Средний балл ЛТ по шкале Спилберга–Ханина				
1. II	50,0±2,6	47,1±4,4, $p_{b-d}<0,04$	46,4±1,35	45,3±1,12, $p_{b-d}<0,04$
2. III–IV	58,2±1,4, $p_{1-2}<0,05$	53,4±1,3, $p_{1-2}<0,05$	49,2±1,79	49,2±1,34, $p_{1-2}<0,05$

достоверно выше и в раннем госпитальном периоде, и спустя год после ИМ в сравнении с больными до 65 лет, а у женщин – по сравнению с мужчинами, что согласуется с данными литературы [6, 7]. В течение года значимого снижения средних баллов депрессии по оценочным шкалам не произошло ни в одной из анализируемых групп (табл. 2).

При анализе взаимосвязей выраженности тревоги, определяемой в госпитальном периоде, с тяжестью заболевания в обеих гендерных группах по мере увеличения класса тяжести ИМ возрастали уровни ЛТ и РТ как в подостром его периоде, так и спустя год, но у женщин эта связь была более значимой (табл. 3).

Выраженность депрессии (средние баллы по шкале Zung) также оказалась сопряженной с тяжестью ИМ. Так, среди мужчин нами выявлено нарастание уровня депрессии в подостром периоде ИМ с усугублением его класса тяжести: с 32,7±1,4 балла в группе больных ИМ I класса тяжести до 38,2±1,5 балла при IV классе тяжести ($p=0,05$). В группе женщин в раннем госпитальном периоде ИМ также наблюдалась аналогичная закономерность: возрастание среднего балла депрессии по мере усугубления класса тяжести ИМ с 39,9±2,1 балла в группе больных I класса тяжести до 46,1±1,0 балла у больных IV класса тяжести ($p=0,05$).

Шкала HADS также показала статистически значимое повышение уровня депрессии с нарастанием класса тяжести ИМ. У женщин он увеличивался в 2 раза – с 5,0±1,6 балла (при II классе тяжести ИМ) до 10,0±0,5 балла в группе IV класса тяжести ($p<0,05$). У мужчин произошло 1,5-кратное увеличение таковых – с 5,6±1,4 до 8,9±1,5 бал-

лов ($p<0,05$).

Таким образом, проявления и выраженность депрессии и тревоги оказались взаимосвязаны с тяжестью ИМ независимо от пола пациентов. Однако следует отметить, что в целом у женщин депрессия имела большую выраженность, чем у мужчин во всех клинических группах тяжести, но особенно значимо – при ИМ I и IV класса тяжести ($p<0,05$).

В литературе не существует однозначного мнения относительно наличия связи между тяжестью ИМ и выраженностью депрессии. Полученные в настоящем исследовании результаты созвучны с данными K.N. Ladwig et al. [14]. В этой работе в частности отмечена статистически значимая положительная взаимосвязь между частотой развития повторных инфарктов и стенокардии в раннем госпитальном периоде и тяжестью проявлений депрессии. Отсутствие связи между клинической симптоматикой ИБС, ИМ и выраженностью депрессии и тревоги, установленной нами ранее [3], позволяет предположить, что наличие тревожно-депрессивных расстройств может являться не только следствием заболевания, но и фактором, утяжеляющим течение ИМ.

Для определения прогностического значения тревожно-депрессивных расстройств, выявляемых в стационаре, анализировались взаимосвязи между уровнями депрессии, ЛТ и РТ на 5–7-е сутки ИМ и развитием “конечных точек” в течение года. Частота развития конечных точек в гендерных группах представлена в таблице 4.

В целом, у пациентов, имевших в течение года неблагоприятные исходы, в стационаре регистрировались достоверно более высокие уровни депрессии и тревоги по

Таблица 4

Частота развития конечных точек в течение года у больных инфарктом миокарда в зависимости от пола

Конечные точки	Мужчины, n=206	Женщины, n=140
Ишемические события	18 (8,7%)	19 (13,6%)
Госпитализации	33 (16%)	35 (25%)
Реинфаркты	25 (12,1%)	23 (16,4%)
Смерть	17 (8,2%)	15 (10,7%)
Комбинированные	93 (45,1%)*	92 (65,7%)

Примечание: * – $p < 0,001$ по сравнению с женщинами.

шкалам Zung и Спилбергера–Ханина (табл. 5).

Отношение рисков (ОР) развития неблагоприятных событий в течение года в зависимости от исходного психологического состояния в стационаре составило: при уровне депрессии более 45 баллов по шкале Zung – 2,42 при 95%-м доверительном интервале (ДИ) от 0,98 до 5,96, $p=0,066$; для высокой ЛТ – 3,04 при 95%-м ДИ от 1,22 до 7,62; $p=0,028$; для высокой РТ – 3,77 при 95%-м ДИ от 1,54 до 9,26; $p=0,006$.

Анализ связей уровней тревоги и депрессии в госпитальном периоде ИМ с развитием конечных точек в зависимости от пола показал, что у мужчин с признаками ишемии миокарда и ХСН выше ИФК в течение года уровни ЛТ на 5–7-е сутки ИМ были статистически значимо выше, чем у пациентов без конечных точек – 57 (65; 46) против 43 (50; 37) и 51 (60; 43) против 44 (49; 36) соответственно ($p < 0,05$). У пациентов с развившимися на годовом этапе наблюдения ЖНР в раннем госпитальном периоде регистрировался значимо более высокий уровень ЛТ – 50 (62; 44) по сравнению с пациентами без таковых – балл ЛТ 43 (51; 35), $p < 0,05$. Повышение РТ в подостром периоде ИМ у мужчин также было связано с развитием неблагоприятных событий в течение года. Так, в группе пациентов с ишемическими событиями балл РТ на 5–7-е сутки ИМ составил 37 (44; 29) против 28 (33; 25) в группе без ишемии; при развитии ХСН – 36 (45; 30) против 29 (33; 21) при отсутствии признаков ХСН ($p < 0,05$). Вместе с тем выявленные в стационаре более высокие уровни ЛТ и РТ у женщин, по сравнению с мужчинами, не оказали существенного влияния на дальнейшее течение постинфарктного периода, а их показатели значимо не различались в группах с наличием и отсутствием “конечных точек” в течение года.

Таким образом, у мужчин, в отличие от женщин, повышение РТ и ЛТ на раннем госпитальном этапе оказалось связанным не только с тяжестью ИМ, но и с дальнейшим течением постинфарктного периода, т.е. имело значение для годового прогноза, но не являлось предиктором коронарной смерти. Это соответствует данным наших зарубежных коллег, которые также определили, что высокий уровень тревоги в раннем госпитальном периоде ИМ прогнозирует низкое качество жизни, развитие нестабильной стенокардии в течение года после ИМ, но не является предиктором смертельного исхода [16].

Прогностическая значимость депрессии в зависимости от пола в нашем исследовании оказалась иной. Так, в

Таблица 5

Средние уровни депрессии и тревоги по шкалам Zung и Спилбергера–Ханина на госпитальном этапе в группах с наличием и отсутствием конечных точек в течение года после инфаркта миокарда, (Me, Q25–Q75)

Показатели	Пациенты с КТ, n=185	Пациенты без КТ, n=161	p
ЛТ, баллы	43,6 (51,2; 38,3)	38,2 (40,3; 29,5)	0,014
РТ, баллы	38,0 (42,6; 34,1)	31,4 (35,8; 26,5)	0,001
Д, баллы	40,7 (45,9; 36,2)	35,7 (36,1; 28,6)	0,005
ТКП, баллы	33,2 (36,4; 31,1)	33,5 (35,6; 31,5)	0,447

Примечание: КТ – конечные точки.

отличие от тревоги, среди мужчин не было установлено значимых различий в тяжести депрессии на 5–7-е сутки ИМ в группах с наличием либо отсутствием неблагоприятных событий в течение года наблюдения. Однако у пациентов, умерших в течение года, средний балл депрессии по шкале Zung, определенный на госпитальном этапе, был статистически значимо выше по сравнению с выжившими, составив, соответственно, $49,5 \pm 2,2$ и $36,8 \pm 2,8$ ($p < 0,001$). Полученные нами результаты подтверждаются рядом аналогичных исследований, также выявивших связь госпитальной депрессии со смертельными исходами в течение года [18].

В то же время у женщин с неблагоприятным развитием постинфарктного периода, включая сердечную смерть, баллы депрессии по шкале Zung на 5–7-е сутки были достоверно выше в сравнении с пациентками с благоприятным течением заболевания в течение годового трайла, составив, соответственно, $45,2$ (53,1; 40,3) и $41,3$ (46,6; 32,1) в группах с наличием и отсутствием повторных госпитализаций ($p < 0,05$); $48,5$ (59,8; 43,3) и $43,1$ (51,1; 36,4) – в группах с реинфарктом в течение года и без такового ($p < 0,05$); $49,8$ (61,2; 45,3) у пациенток, умерших в течение года, против $44,3$ (46,5; 33,5) у выживших ($p < 0,05$).

В нашем исследовании шкала HADS по сравнению со шкалой Zung оказалась менее чувствительной: статистически значимые различия зарегистрированы только при наличии стенокардии по сравнению с ее отсутствием (средние баллы, соответственно, $8,0 \pm 0,7$ и $4,0 \pm 2,1$, $p=0,04$) и реинфарктов у женщин (средние баллы $11,2 \pm 0,7$ и $8,9 \pm 0,5$ соответственно, $p=0,014$). Кроме того, наши исследования показали, что несмотря на то, что связь депрессии и тревоги с тяжестью развившегося ИМ не имеет гендерной зависимости, прогностическая роль этих эмоциональных расстройств более важна для женщин. Вместе с тем при наличии депрессии в раннем госпитальном периоде у больных ИМ риск летального исхода в течение ближайшего года не зависит от пола пациентов. Подобные гендерные особенности можно объяснить различной физиологией стресс-реагирования мужчин и женщин, т.е. их гормональными и генотипическими особенностями [7, 15].

Таким образом, при обсуждении клинической и прогностической значимости тревоги и депрессии, выявляемых в госпитальном периоде по оценочным шкалам, у больных ИМ следует учитывать их гендерную детерминированность. При сопоставимой связи выраженности тревожно-депрессивного синдрома с тяжестью ИМ по-

вышенная тревожность имеет большее значение для годового прогноза у мужчин, тогда как депрессия – для женщин. Вместе с тем между тяжестью депрессии в раннем госпитальном периоде, как предиктором смерти, наступившей в течение года после развития ИМ, и полом зависимости не установлено. С увеличением возраста и у мужчин, и у женщин с развившимся ИМ уровень диагностируемой депрессии повышался и на госпитальном этапе, и в период годового наблюдения. Так, у пожилых мужчин по сравнению с молодыми установлены более высокие показатели реактивной тревожности (по Спилбергеру–Ханину) и тревожности по шкале HADS; у пожилых женщин – более высокий уровень личностной тревожности по сравнению с молодыми пациентками. Настоящее исследование подтверждает наличие у больных ИМ – как мужчин, так и женщин, – выраженных расстройств тревожно-депрессивного ряда, которые связаны с тяжестью клинических проявлений заболевания и ухудшают годовой прогноз. Это определяет необходимость проведения мероприятий по специальной программе психологической реабилитации, в том числе с применением медикаментозной коррекции. Учитывая наличие различий в характере и выраженности психоэмоциональных реакций у мужчин и женщин, подобный подход должен быть дифференцированным, с учетом пола, возраста и личностных особенностей пациентов.

Литература

1. Лебедева Н.Б., Барбараш О.Л. Психосоциальные факторы, определяющие прогноз у больных инфарктом миокарда // Российский кардиологический журнал. – 2003. – № 4. – С. 98–99.
2. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца – М., 1988. – 288 с.
3. Лебедева Н.Б., Лебедев О.В., Шаф Е.В. и др. Особенности психосоциального статуса больных ИМ и их влияние на течение заболевания в зависимости от пола // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – № 6 (1). – С. 28–33.
4. Погосова Г.В. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: диагностические и терапевтические аспекты // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – № 5. – С. 75–80.
5. Самородская, И.В. Динамика общей и сердечно-сосудистой смертности в Российской Федерации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2004. – № 3, ч. 2. – С. 87–96.
6. Bjerkeset O., Nordahl H.M., Mykletun A. Anxiety and depression following myocardial infarction: gender differences in a 5-year prospective study // J. Psychosom. Res. – 2005. – Vol. 58 (2). – P. 153–161.
7. Albert C.M., Chae C.U., Reprode K.M. Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women // Circulation. – 2005. – Vol. 111. – P. 480–487.
8. Bjerkeset O., Nordahl H.M., Mykletun A. Anxiety and depression following myocardial infarction: gender differences in a 5-year prospective study // J. Psychosom. Res. – 2005. – Vol. 58 (2). – P. 153–161.
9. Frasure-Smith N., Lesperance F. Reflections on depression as a cardiac risk factors // Psychosom. Med. – 2005. – Vol. 67. – P. 19–25.
10. Guck T.P., Kavan M.G., Elsasser G.N. Assessment and treatment of depression following myocardial infarction // Am. Family Physician. – 2001. – Vol. 64. – P. 157–167.
11. Hendrix K.H., Mayhan S., Egan B.M. Gender and age-related differences in treatment and control of cardiovascular risk factors among high-risk patients with angina // J. Clin. Hypertension. – 2005. – Vol. 7 (7). – P. 386–388.
12. Hemingway H., Marmot M. Psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies // Brit. Med. J. – 1999. – Vol. 318. – P. 1460–1467.
13. Kawachi I., Colditz G.A. Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men // Circulation. – 1994. – Vol. 89. – P. 1992–1997.
14. Ladwig K.D., Lehmacher W. Factors which provoke post-infarction depression: results from the post-infarction late potential study // J. Psychosomatic Res. – 1992. – Vol. 36 (8). – P. 723–729.
15. Mendelsohn M.E., Karas R.H. Molecular and cellular basis of cardiovascular gender differences // Science. – 2005. – Vol. 308. – P. 1583–1587.
16. Mayou R.A., Gill D., Thompson D.R. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction // Psychosom. Med. – 2000. – Vol. 62. – P. 212–219.
17. Low K.J., Fleisher C., Colman R. et al. Psychological variables, age, and angiographically-determinant coronary artery disease in women // Ann. Behav. Med. – 1998. – Vol. 20 (3). – P. 221–226.
18. Nickel M.K., Nickel C., Lahmann C. et al. Recovering the ability to function socially in elderly depressed patients: a prospective, controlled trial // Archives of Gerontology and Geriatrics. – 2005. – Vol. 41. – P. 41–49.
19. Van Melle J.P., Jonge P., Spijkerman T.A. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis // Psychosom. Med. – 2004. – Vol. 66. – P. 814–822.

Поступила 14.07.2011