

ВОЗРАСТНЫЕ И ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТом МИОКАРДА

Н.Б. Лебедева, О.Л. Барбараш, Е.А. Шаф, Е.Ю. Якушева, Т.А. Анчикова, В.В. Кашталап, Н.И. Тарасов

ГУ «НППЛ РХСС СО РАМН», Кемерово
ГУ «ВПО КемГМА Росздрава»

С целью изучения возрастных и гендерных особенностей клинической и прогностической значимости депрессивного синдрома у больных с инфарктом миокарда (ИМ) обследовано 140 женщин и 206 мужчин с достоверным ИМ. По возрастному критерию больные были разделены на две группы: пациенты 65 лет и старше и пациенты 44–64 лет. Клинический статус оценивался традиционно, для выявления симптомов депрессии использовались шкалы Цунга и HADS. Обследование проводили в подостром периоде ИМ и через год. Выявлено, что депрессивный синдром при ИМ имеет клиническое и прогностическое значение независимо от пола и возраста пациентов. Вместе с тем депрессия клинически более значима для мужчин и пожилых, а прогностически – для женщин.

По последним данным, большая депрессия выявляется у 15–25% больных ИМ, тогда как депрессивная симптоматика имеет место более чем у половины больных ИМ [5]. Значимость депрессии для течения ИМ и ИБС доказана во многих исследованиях [3, 9]. Вместе с тем большинство этих исследований рассматривало влияние депрессии на течение постинфарктного периода у пациентов мужского пола независимо от их возраста, тогда как клиническая и прогностическая значимость выявления депрессии у женщин и пожилых пациентов менее изучена. По данным исследования КОМПАС, депрессивные расстройства в 1,5–2,0 раза чаще встречаются среди женщин, чем среди мужчин, а распространенность депрессии увеличивается с возрастом [1]. Депрессия как предиктор сердечно-сосудистых катастроф особенно значима у пожилых больных [10, 12]. Отрицательное влияние на прогноз после ИМ у пожилых оказывает даже маловыраженная депрессивная симптоматика [2]. Однако до настоящего времени как возрастные, так и гендерные психологические различия при ИМ остаются малоизученными. Цель настоящего исследования – изучение возрастных и гендерных особенностей клинической и прогностической значимости выявления депрессивного синдрома у больных с ИМ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 140 женщин и 206 мужчин с Q-образующим ИМ, находившихся на лечении в Кемеровском кардиоцентре. Средний возраст

женщин составил $66,1 \pm 0,9$ года ($\delta - 9,9$; от 44 до 88 лет), мужчин – $64,9 \pm 0,8$ года ($\delta - 7,8$; от 52 до 78 лет), $p=0,3$. По клинической характеристике (локализация, тяжесть ИМ, класс сердечной недостаточности, ранняя постинфарктная стенокардия) гендерных различий выявлено не было, за исключением желудочковых нарушений ритма (ЖНР): у мужчин они регистрировались в 4 раза чаще ($p=0,001$).

По возрастному критерию больные были разделены на две группы: пациенты 65 лет и старше – 106 мужчин (средний возраст – $76,3 \pm 0,52$ года) и 72 женщины (средний возраст – $78,4 \pm 1,5$ года), пациенты 44–64 лет – 100 мужчин (средний возраст – $50,3 \pm 1,7$ года), 68 женщин (средний возраст – $51,6 \pm 1,6$ года) (табл. 1).

Больные обследовались дважды: на 5–7-е сутки от развития ИМ (начало формирования подострого периода по ЭКГ) и через год. Все пациенты получали стандартную терапию, включающую дезагреганты, антакоагулянты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ. Клинический статус оценивался традиционно. Для выявления депрессивного синдрома использовались шкалы Цунга и HADS. При анализе постинфарктного периода в течение года регистрировали «конечные точки» – реинфаркты, прогрессирующую стенокардию, повторные госпитализации, прогрессирование сердечной недостаточности.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Среди мужчин с ИМ по результатам шкалы Цунга в подостром периоде признаки умеренной депрессии выявлены у 21 пациента

Таблица 1

Сравнительная клиническая характеристика больных различных возрастных групп на 5–7-е сутки инфаркта миокарда

Показатели	Пациенты	
	>65 лет, n=178 (%)	<65 лет, n=168 (%)
Женщины	72 (40,4)	68 (40,5)
Мужчины	106 (59,6)	100 (59,5)
АГ	149 (83,7)	108 (64,3)
Сахарный диабет	28 (15,7)	11 (6,5)
Инфаркт миокарда		
передний	89 (50)	87 (51,8)
задний	48 (26,9)	77 (45,8)
передне-задний	41 (23,1)*	3 (2,4)*
повторный	102 (57,3)*	24 (14,3)*
рецидивирующий	74 (41,6)*	17 (10,1)*
Класс тяжести ИМ		
II	18 (10,1)*	10 (5,9)*
III	14 (7,9)*	35 (20,8)
IV	146 (82)	123 (73,2)
Предшествующая ИМ стенокардия	141 (79,2)*	42 (25)*
ЖНП III градации и выше по Lown	46 (25,8)	35 (20,8)
Госпитальная летальность	22 (12,3)*	7 (4,2)*

* $p < 0,05$

(10,2%), легкая депрессия ситуативного генеза – у 62 пациентов (30,1%). Через год количество пациентов с умеренной депрессией увеличилось до 16,5%, с легкой депрессией – до 47,6%. У женщин при использовании шкалы Цунга в подостром периоде ИМ признаки депрессии выявлялись реже, чем у мужчин, – 34 (24,3%) пациентки, и к годовому этапу количество пациенток с депрессией, напротив, уменьшилось до 13 (10,7%). Полученные данные не согласуются с существующей литературой, где указывается на большую выраженность депрессии именно у женщин с ИМ [4, 11].

Однако после разделения больных по возрасту оказалось, что у пожилых женщин депрессия на 5–7-е сутки выявлялась чаще, чем у молодых, – 36 и 22%, соответственно, и чаще, чем у пожилых мужчин. Признаки депрессии по шкале Цунга на 5–7-е сутки выявлялись одинаково часто в обеих возрастных мужских группах: у 32,1% пациентов старшего возраста и у 26% пациентов моложе 65 лет. Средние баллы депрессии были достоверно выше и на 5–7-е сутки, и через год у пожилых пациентов независимо от пола, что свидетельствует о боль-

шей выраженности депрессивной симптоматики в этой группе. Необходимо отметить, что в молодой группе депрессия у женщин была более выраженной, чем у мужчин, тогда как с возрастом эти различия нивелировались (табл. 2).

При применении шкалы HADS сохранялись описанные выше гендерные различия, однако симптомы депрессии выявлялись чаще: у 58% мужчин на 5–7-е сутки и у 24% через год; у 70,0% пациенток на 5–7-е сутки и у 27,4% – через год после развития ИМ. Через год после развития ИМ по сравнению с подострым периодом заболевания средний балл депрессии женской группы в целом достоверно ($p < 0,001$) уменьшился и составил $7,6 \pm 0,4$, тогда как в группе пожилых женщин, напротив, возрос (табл. 2).

В группе пациентов ИМ до 65 лет существенных различий между мужчинами и женщинами в среднем балле депрессии по шкале HADS получено не было, тогда как через год депрессия у пожилых женщин была достоверно выше, чем у мужчин той же возрастной группы. У пожилых мужчин через год показатели депрессии по шкале HADS достоверно снизились, в то время как у женщин по обоим шкалам средний

балл депрессии имел тенденцию к повышению (табл. 2). Таким образом, после разграничения групп по возрасту оказалось, что различия между мужчинами и женщинами у пожилой категории пациентов нивелируются: у пожилых больных с ИМ независимо от пола депрессия на госпитальном этапе более выражена и встречается чаще, чем у молодых, что соответствует данным литературы [10, 12].

Далее в настоящем исследовании проанализирована взаимосвязь тяжести ИМ и уровня депрессии у пациентов разного пола.

У мужчин на 5–7-е сутки в зависимости от класса тяжести ИМ выявлено достоверное нарастание среднего балла депрессии, определяемого по шкале Цунга: от $32,7 \pm 1,4$ балла в группе больных ИМ I класса тяжести до $38,2 \pm 1,5$ балла в группе больных ИМ IV класса тяже-

сти. Эта закономерность сохранялась как через год, так и после разделения больных по возрасту: в обеих мужских возрастных группах во все сроки наблюдения отмечено увеличение уровня депрессии по обеим шкалам по мере увеличения класса тяжести ИМ. Средний балл депрессии у пожилых мужчин с высоким классом тяжести ИМ был достоверно выше, чем у молодых и в подостром периоде (по шкале HADS) и на годичном этапе (по шкале Цунга) (табл. 3). Таким образом, у мужчин с ИМ депрессия оказалась ассоциированной с тяжестью ИМ независимо от возраста пациентов.

Как и у мужчин, у женщин при использовании шкалы Цунга определялось нарастание среднего балла депрессии по мере увеличения класса тяжести ИМ: от $39,9 \pm 2,1$ балла в группе больных I класса тяжести до $46,1 \pm 1,0$

Таблица 2

Средние баллы депрессии, определяемые шкалами HADS и Цунга на 5–7-е сутки и через год у мужчин и женщин различных возрастных групп

Группа	Пациенты ИМ >65 лет, n=178		Пациенты ИМ <65 лет, n=168	
	5–7-е сутки (a)	1 год (b)	5–7-е сутки (c)	1 год (d)
по шкале HADS				
Мужчины (1)	$9,33 \pm 0,74$	$7,01 \pm 0,83$ $p_{a-b} < 0,02$	$7,92 \pm 0,36$ $p_{a-c} < 0,05$	$7,21 \pm 0,78$
Женщины (2)	$10,31 \pm 0,93$	$11,80 \pm 2,26$ $p_{1-2} < 0,04$	$9,41 \pm 0,42$ $p_{1-2} < 0,04$	$8,61 \pm 0,73$ $p_{b-d} < 0,05$
по шкале Цунга				
Мужчины (1)	$40,29 \pm 1,72$	$41,60 \pm 2,59$	$36,12 \pm 1,35$ $p_{a-c} < 0,04$	$35,2 \pm 1,63$ $p_{b-d} < 0,03$
Женщины (2)	$42,75 \pm 1,93$	$46,02 \pm 3,21$	$39,41 \pm 0,92$ $p_{1-2} < 0,03$ $p_{a-c} < 0,04$	$39,63 \pm 0,72$ $p_{1-2} < 0,02$ $p_{b-d} < 0,03$

Таблица 3

Средние баллы депрессии, определяемые шкалами HADS и Цунга в группах мужчин с различной тяжестью ИМ на 5–7-е сутки и через год

Класс тяжести ИМ	Пациенты ИМ >65 лет, n=106		Пациенты ИМ <65 лет, n=100	
	5–7-е сутки (a)	1 год (b)	5–7-е сутки (c)	1 год (d)
по шкале HADS				
I–II (1)	$5,6 \pm 1,4$	$4,23 \pm 1,37$	$4,1 \pm 1,61$	$7,2 \pm 1,65$
III–IV (2)	$10,23 \pm 0,59$ $p_{1-2} < 0,001$	$9,35 \pm 0,98$ $p_{1-2} < 0,001$	$8,9 \pm 0,52$ $p_{1-2} < 0,02$ $p_{a-c} < 0,05$	$8,2 \pm 0,67$
по шкале Цунга				
I–II (1)	$33,50 \pm 2,14$	$29,0 \pm 2,67$	$32,71 \pm 1,41$	$34,49 \pm 2,82$
III–IV (2)	$42,11 \pm 1,41$ $p_{1-2} < 0,001$	$44,0 \pm 2,27$ $p_{1-2} < 0,001$	$39,21 \pm 1,52$ $p_{1-2} < 0,03$	$38,62 \pm 1,02$ $p_{1-2} < 0,05$ $p_{b-d} < 0,03$

($p < 0,05$) балла в группе больных IV класса тяжести. Следует отметить, что в целом у женщин депрессия была более выражена, чем у мужчин, во всех группах тяжести.

При использовании шкалы HADS в подостром периоде заболевания также зарегистрировано достоверное ($p = 0,02$) увеличение среднего балла депрессии по мере увеличения класса тяжести ИМ: от $5,0 \pm 1,6$ балла в группе больных I класса тяжести до $10,0 \pm 0,5$ балла в группе больных IV класса тяжести среди женщин и от $5,6 \pm 1,4$ до $8,9 \pm 1,5$ у мужчин. После разделения женщин по возрасту указанные зависимости, также как и у мужчин, сохранялись.

В литературе не существует однозначного мнения относительно связи между тяжестью ИМ и выраженностью депрессии. Полученные результаты соответствуют данным K.N. Ladwig с соавторами, которые, в частности, отмечают взаимосвязь событий в раннем госпитальном периоде, реинфарктов, стенокардии с более глубокой депрессией [7, 8].

При исследовании взаимосвязи уровня депрессии с наличием и видами осложнений госпитального этапа ИМ среди мужчин достоверно большие средние баллы депрессии на 5–7-е сутки были выявлены в группах больных с

ЖНР, реинфарктами, низкой фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ($< 40\%$) (табл. 4). Вероятно, именно симптомы болезни усугубляют депрессию. Более высокие уровни депрессии при ЖНР, рецидивах и осложнениях подтверждаются и данными других исследований [2, 3, 8]. После разграничения больных мужчин по возрасту оказалось, что по обеим используемым шкалам у пожилых депрессия была выражена больше. У мужчин старше 65 лет по сравнению с молодой группой более высокий уровень депрессии регистрировался при ЖНР III гр. по Lowen ($p = 0,03$), реинфарктах ($p = 0,04$), ФВ ЛЖ $< 40\%$ ($p = 0,05$, по шкале Цунга).

У женщин, также как и у мужчин, реинфаркты сопровождались достоверно более высокими средними баллами депрессии (табл. 4). Однако различий в среднем балле депрессии, определяемой всеми шкалами у пациенток, имеющих и не имеющих на стационарном этапе эпизоды ишемии миокарда, ЖНР по данным суточного мониторирования ЭКГ, с низкой ($< 40\%$) и нормальной ФВ ЛЖ выявлено не было. Таким образом, в настоящем исследовании показана более тесная взаимосвязь депрессии с госпитальными осложнениями и тяжестью, течения ИМ, у мужчин – низкой ФВ, рецидивами и ЖНР

Таблица 4

Средние баллы депрессии по шкале Цунга у больных ИМ с различными типами осложнений госпитального периода

Балл Д по шкале Цунга	Мужчины, n=206		Женщины, n=140	
	ишемия	без ишемии	ишемия	без ишемии
5–7-е сут.	$35,9 \pm 1,1$	$31,2 \pm 2,7$	$39,5 \pm 1,9$	$39,4 \pm 1,8$
1 год	$34,5 \pm 2,2$	$35, \pm 2,7$	$38,1 \pm 2,8$	$40,3 \pm 1,4$
	реинфаркт	реинфаркт (-)	реинфаркт	реинфаркт (-)
5–7-е сут.	$37,2 \pm 2,7$	$32,5 \pm 1,6$ $p = 0,008$	$47,7 \pm 1,1$	$43,1 \pm 0,8$ $p = 0,009$
1 год	$35,3 \pm 2,7$	$36,3 \pm 2,3$	$46,8 \pm 1,3$	$41,1 \pm 0,8$ $p = 0,007$
	ЖНР	без ЖНР	ЖНР	без ЖНР
5–7-е сут.	$37,7 \pm 1,1$	$32,2 \pm 1,7$ $p = 0,01$	$42,1 \pm 1,1$	$41,1 \pm 0,8$
1 год	$36,6 \pm 1,3$	$36,3 \pm 1,4$	$40,6 \pm 1,2$	$43,4 \pm 1,6$
	ФВ $< 40\%$	ФВ $> 40\%$	ФВ $< 40\%$	ФВ $> 40\%$
5–7-е сут.	$38,2 \pm 1,5$	$32,7 \pm 1,4$ $p = 0,001$	$42,4 \pm 1,6$	$39,6 \pm 1,8$
1 год	$38,5 \pm 1,3$	$37,3 \pm 1,1$	$41,3 \pm 1,4$	$38,3 \pm 2,4$
	умершие	выжившие	умершие	выжившие
5–7-е сут.	$49,5 \pm 2,2$	$44,3 \pm 0,7$ $p = 0,021$	$44,6 \pm 2,4$	$36,8 \pm 2,8$ $p < 0,01$

и более выраженная при клинических проявлениях (одышки, ангинозных болях, аритмии). У женщин подобные взаимосвязи в подостром периоде оказались менее значимы. Полученные результаты перекликаются с данными одного из последних исследований, где показано, что у пациентов с ИМ выраженность депрессивных симптомов тесно коррелирует со степенью дисфункции ЛЖ, при этом у мужчин прослеживается более выраженная зависимость повышения уровня депрессии при снижении ФВ ЛЖ [6].

При сравнении средних баллов депрессии через год в группах мужчин с различными видами осложнений госпитального периода, было установлено, что различия, отмеченные на 5–7-е сутки, нивелируются. Среди мужчин не было выявлено достоверных различий в среднем балле депрессии на 5–7-е сутки в группах с наличием/отсутствием различных конечных точек в течение года наблюдения. Вместе с тем умершие в течение года пациенты имели на госпитальном этапе достоверно более высокий средний балл депрессии по сравнению с выжившими (табл. 4). В то же время у женщин с признаками коронарной недостаточности в постинфарктном периоде средний балл депрессии, определяемый на 5–7-е сутки по шкале HADS, оказался в два раза выше ($8,0 \pm 0,7$ и $4,0 \pm 2,1$, соответственно, $p=0,04$) по сравнению с пациентками без эпизодов ишемии миокарда. Кроме того, выявлено, что пациентки, госпитализированные повторно в течение года после ИМ, отличались от пациенток без госпитализаций более высоким баллом депрессии в госпитальном периоде, определяемой по всем шкалам, достоверно – по шкале Цунга (соответственно, $45,5 \pm 1,0$ и $40,9 \pm 0,9$ балла, $p=0,01$). Развитие в течение года повторного ИМ у обследованных женщин также ассоциировалось с более высоким уровнем депрессии на 5–7-е сутки по обеим шкалам ($p=0,01$), а у пациенток, умерших в течение года наблюдения, средний балл депрессии на 5–7-е сутки ИМ, определяемый по шкале Цунга, оказался достоверно выше по сравнению с пациентками, оставшимися в живых (табл. 4). При подсчете прогностических индексов выявлено, что и у мужчин, и у женщин депрессия в подостром периоде ИМ характеризуется высокой специфичностью – 76,0 и 78,3%, соответственно, при небольшой чувствительности – 50 % у мужчин и 27% у женщин. Данные литературы по прогностическому влиянию депрессии противоречивы. Наряду с исследованиями, показывающими, что у умерших больных с ИМ депрессия на госпитальном этапе была

достоверно выше по сравнению с выжившими, появились работы, свидетельствующие об отсутствии различий в среднем балле депрессии у этих групп пациентов [14, 15].

Обобщая полученные результаты, можно предполагать, что у мужчин депрессия на госпитальном этапе усугубляет течение развившегося ИМ, а у женщин депрессия в подостром периоде в большей степени играет прогностическую роль. Возможно, причинно-следственные взаимоотношения депрессии и тяжести ИМ имеют гендерные особенности: у мужчин симптомы заболевания вызывают/усугубляют депрессию, тогда как у женщин, наоборот, депрессия усугубляет тяжесть заболевания. Подобные различия могут объясняться гендерными особенностями стресс-реагирования и гормональными различиями, как это было показано в недавних исследованиях, а также, возможно, особенностями генотипа [10, 13].

ВЫВОДЫ

Депрессия имеет клиническое и прогностическое значение при ИМ независимо от пола и возраста. Но ее прогностическое значение более выражено для женщин, а клиническое – для мужчин и пожилой категории пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Оганов П.Г. и др. // Кардиол. 2004. №1. С. 48–54.
2. Frasure-Smith N., Lesperance F. // *Ps. Medicine*. 2005. V. 67 (Suppl. 1). P. 19–25.
3. Frasure-Smith N., Lesperance F. // *Am. J. Cardiol*. 1992. V. 69 (1). P. 1129–1131.
4. Greenland P. et al. // *Circul*. 1991. V. 83. P. 484–491.
5. Guck T. et al. // *Am. F. Phys.* 2001. V. 64. P. 157–167.
6. Joost P. van Meije, de Jonge P., Lohan Ormel et al. // *Eur. Heart J.* 2005. V. 26. P. 2650–2656.
7. Ladwig K., Kieser M. // *Eur. Heart J.* 1991. V. 12. P. 959–964.
8. Ladwig K.D., Lehmacher W. et al. // *J. Psychosomatic Research*. 1992. V. 36 (8). P. 723–729.
9. Matthews K., Iribarren C., Bild D. et al. // *JAMA*. 2000. V. 283 (19). P. 2546–2551.
10. Mendelson M.E., Karas R.H. // *Science*. 2005. V. 308. P. 1583–1587.
11. Naqvi T. Z., Naqvi S., Bairey-Merz N.B. // *Psychosom. Med*. 2005. V. 67. P. 15–18.
12. Romanelli, J.A. Fauerbach, D.E. Bush et al. // *J. Am. Geriatr. Soc.* 2002. V. 50, № 5. P. 817–822.
13. Sheps D.S., Rozanski A. // *Psychosom. Med*. 2005. V. 67. P. 2–5.
14. Sorensen C. et al. // *Acta Psychiatr Scand*. 2006. V. 113 (4). P. 290–297.
15. Stewart A.H., North F.M., West T.M. // *Eur. Heart J.* 2003. V. 24. P. 2027–2037.