

Особенности психосоциального статуса больных инфарктом миокарда и их влияние на течение заболевания в зависимости от пола

Н.Б.Лебедева², О.В. Лебедев³, Е.В. Шаф¹, А.В. Осокина¹, Е.Ю.Якушева¹, О.Л.Барбараш¹

¹Кемеровская государственная медицинская академия; ²Кемеровский кардиологический центр СО РАМН; ³Отделенческая больница ст. Кемерово. Кемерово, Россия

Gender-specific features of psychosocial status and their clinical effects in myocardial infarction patients

N.B. Lebedeva², O.V. Lebedev³, E.V. Shaf¹, A.V. Osokina¹, E.Yu. Yakusheva¹, O.L. Barbarash¹

¹Kemerovo State Medical Academy; ²Kemerovo Cardiology Center, Siberian Branch, Russian Academy of Medical Sciences; ³Kemerovo Railway Station Hospital. Kemerovo, Russia

Цель. Определить психосоциальные факторы, значимые для больных инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от пола, а также обосновать необходимость дифференцированного подхода к реабилитации больных ИМ с учетом полученных результатов.

Материал и методы. Обследованы 120 женщин и 100 мужчин с ИМ. Клинический статус оценивался традиционно. Для изучения психосоциального статуса и эмоционального состояния больных использовались: шкала депрессии Цунга, адаптированная Т.И. Балашовой; шкалы личностной и реактивной тревожности Spielbergера-Ханина; опросник Дженкинса для определения типа коронарного поведения; анкета оценки качества жизни ВКНЦ.

Результаты. Подтверждено наличие у больных ИМ как мужчин, так и женщин выраженных психических изменений, определяющих необходимость специфического воздействия и, возможно, более длительного стационарного лечения или проведения наряду с кардиологической реабилитацией мероприятий по специальной программе психической реабилитации, модификации факторов риска с целью вторичной профилактики ИБС. Заключение. При разработке программ реабилитации больных ИМ необходимо учитывать психосоциальные аспекты и пол пациентов.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, психосоциальные факторы, пол, реабилитация.

Aim. To identify gender-specific psychosocial factors, important in myocardial infarction (MI) patients, and prove the need for gender-specific approach in MI patients rehabilitation.

Material and methods. The authors examined 120 women and 100 men with MI. Clinical status was assessed traditionally, psychosocial status and emotional status – with Zung depression scale, adapted by T.I. Balashova, personal and reactive anxiety scale by Spielberger and Khanin, Jenkins questionnaire on coronary behavior type, quality of life (QoL) assessment scale by Russian National Cardiology Center, Russian Academy of Medical Science.

Results. In male and female MI patients, substantial psychological abnormalities were identified, proving the need for specific intervention and possible longer in-patient treatment, or combined cardiological and psychological rehabilitation, together with risk factor modification for secondary prevention of coronary heart disease.

Conclusion. In development of MI rehabilitation programs, psychosocial and gender aspects should be taken into account.

Key words: Myocardial infarction, psychosocial factors, gender, rehabilitation.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и инфаркт миокарда (ИМ) продолжают оставаться основными причинами смертности и инвалидности у лиц трудоспособного возраста как мужчин, так и женщин [6]. В связи с этим изучение факторов, влияющих на течение и прогноз заболевания, а также вопросы реабилитации больных после ИМ и вторичной профилактики ИБС во всем мире входят в число наиболее важных проблем медицинского и социального значения. В настоящее время в России и за рубежом активно разрабатываются и внедряются в практику программы кардиологической реабилитации, в т.ч. ускоренной [18]. Большинство из этих программ содержат преимущественно медицинские и физические аспекты. Однако к настоящему времени накоплены многочисленные данные о значительном влиянии психосоциальных факторов на развитие и исходы ИМ [13,17], доказана связь психического статуса больных после острого ИМ с долгосрочным прогнозом [7,8]. Больные с симптомами психологического стресса имеют вдвое большую смертность в течение пяти лет; этот риск остается, даже если все другие факторы контролируются [8]. По данным разных авторов, у 35-80% больных ИМ развиваются психические нарушения, которые значительно утяжеляют картину основного заболевания и снижают эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий. Вместе с тем, если для мужчин значимость психосоциальных факторов рассматривается как определенная, то в отношении женщин этого нельзя сказать однозначно в связи с малым числом исследований в женской популяции.

В связи с вышеизложенным целью исследования явилось изучение психосоциальных факторов, значимых для больных ИМ, в зависимости от пола, а также обоснование необходимости дифференцированного подхода к реабилитации больных ИМ с учетом полученных результатов.

Материал и методы

Обследованы 120 женщин и 100 мужчин с ИМ, находившихся на лечении в инфарктном отделении Кемеровского кардиологического центра. Средний возраст женщин – 66,1±0,9 года, мужчин – 64,9±0,8 года (p=0,3). При анализе социального положения среди женщин: 92 (77,0%) – пенсионерки, 10 (8,0%) – рабочие, 9 (8,0%) – служащие, 5 (4,0%) не работали, 4 (3,0%) – руководители среднего звена; среди мужчин: 33% – рабочие, 28% – служащие, 9% – руководители среднего звена, 21% – пенси-

онеры, 9% – неработающие. Клиническая характеристика обследованных больных представлена в таблице 1.

Все мужчины были женатыми, женщины – замужними.

Сроки пребывания больных в стационаре 14-37 дней; для женщин в среднем 16,2±0,4 дня, для мужчин – 17,0±0,6 дня (p=0,26).

Клиническое состояние определялось традиционно; наличие эпизодов ишемии миокарда и желудочковых нарушений ритма оценивалось при суточном мониторингировании (СМ) электрокардиограммы (ЭКГ). Для изучения психосоциального статуса и эмоционального состояния больных использовали: шкалу депрессии Цунга, адаптированную Т.И. Балашовой [5,20,21], шкалы личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности (Тр) Спилбергера-Ханина, опросник Дженкинса для определения типа коронарного поведения (ТКП), анкета оценки качества жизни (КЖ) ВКНЦ [5].

Оценка клинического и психологического статусов осуществлялась на 5-7 сутки от развития ИМ и через год. Согласно исследованиям [4] пациентов делили по классам тяжести ИМ. Через год от развития ИМ анализировались «конечные точки»: развитие смертельных исходов, повторных ИМ, госпитализации, прогрессирование сердечной недостаточности (СН).

При статистической обработке полученных данных были использованы методы медицинской статистики, компьютерная программа «Statistica 6.0». Рассчитывали групповые показатели суммарной статистики: среднюю арифметическую величину (M), ошибку средней (m) и среднее квадратичное отклонение (δ); для сравнения количественных показателей применяли критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение

По результатам применения опросника Дженкинса среди мужчин преимущественно регистрировался ТКП А – 52% больных, остальные 48% относились к промежуточному ТКП АБ. Лица с ТКП Б среди обследованных мужчин отсутствовали. Среди женщин 49,2% были отнесены к ТКП А, столько же – к ТКП АБ, 2 (1,7%) пациентки – к ТКП Б. В литературе относительно ТКП существуют противоречивые мнения: наряду с указаниями на тесную связь ТКП А с развитием ИБС [9,12,14] есть и более осторожные мнения о том, что ТКП А не является надежным предиктором ИБС в группе повышенного риска [13], однако очевидно, что ТКП А определяет ряд острых провоцирующих факторов развития ИБС [12]. Практически полное отсутствие лиц с ТКП Б среди обследованных мужчин и женщин с ИМ в настоящем исследовании подтверждает эти данные.

При анализе взаимосвязи основных факторов риска (ФР) и ТКП установлено, что курящих женщин с ТКП А было больше, чем с ТКП

Таблица 1

Сравнительная клиническая характеристика больных разного пола на 5-7 сутки развития ИМ

Показатели	Женщины, п, (%)	Мужчины, п, (%)
Крупноочаговый ИМ	74 (61,7)	68 (68,0)
Передний ИМ	73 (60,8)	61 (61,0)
Задний ИМ	37 (30,8)	34 (34,0)
Кольцевой ИМ	10 (8,3)	5 (5,0)
Неосложненный ИМ	18 (15,0)	20 (20,0)
Рецидивирующий ИМ	16 (13,3)	10 (10,0)
Класс тяжести* I	9 (7,5)	10 (10,0)
II	22 (18,3)	22 (22,0)
III	31 (25,8)	23 (23,0)
IV	58 (48,3)	45 (45,0)
ЖНР \geq III гр. по Lown B	4 (3,3)	16 (16,0), p=0,001
НК** I	73 (60,8)	59 (59,0)
НК II	41 (34,2)	35 (35,0)
НК III	6 (5,0)	6 (6,0)
Ранняя постинфарктная стенокардия	27 (22,5)	17 (17,0)

Примечание: * - по классификации Николаевой Л.Ф. и Аронова Д.М. (1988); ** - по классификации Killip (1967); ЖНР—желудочковые нарушения ритма.

АБ: 5 из 6 куривших относились к ТКП А. При этом средний балл ТКП для курящих больных оказался достоверно ниже, чем у некурящих как в подостром периоде ИМ ($p=0,02$), так и через год после него ($p<0,001$). Следует отметить, что чем дольше пациентки курили, тем более низкий регистрировался средний балл ТКП ($r=-0,33$; $p=0,002$). Обе пациентки с ТКП Б не курили. Это подтверждает ранее высказанное мнение о сходстве «конституции курильщика» с «коронарным типом личности» у женщин [14]. Среди курящих мужчин преобладали представители ТКП АБ — 62% ($p=0,001$). В ранее проведенных исследованиях здоровых юношей-студентов представители с ТКП А курили реже, чем юноши с ТКП Б [1]. Предшествующая артериальная гипертензия (АГ) среди мужчин ТКП А встречалась достоверно чаще (65%), чем среди лиц с ТКП АБ (35%) ($p=0,02$). У женщин подобных достоверных различий не выявлено.

В исследовании была проанализирована взаимосвязь между ТКП и тяжестью ИМ на 5-7 сутки. Достоверных различий по ТКП у женщин с разным классом тяжести ИМ выявлено не было. Однако у мужчин среди больных с ТКП А достоверно чаще отмечали ИМ IV класса тяжести: 12,5% vs 7,7% в группе ТКП АБ, соответственно ($p=0,05$). Средний балл ТКП в группе больных ИМ IV класса тяжести был самым низким: $29,2 \pm 1,4$ балла vs $32,5 \pm 1,5$ в группе больных с неосложненным ИМ ($p=0,05$).

В последующем оценивали наличие взаимосвязи среднего балла ТКП в подостром пе-

риоде и через год после развития ИМ с наличием осложнений ИМ в период госпитализации. Во все сроки обследования отсутствовали различия в среднем балле ТКП между пациентками, имевшими и не имевшими различные осложнения и «конечные точки». У мужчин болевая и безболевая ишемия миокарда достоверно чаще наблюдалась у больных с ТКП А во все сроки обследования (таблица 2). Соответственно в этих группах средний балл ТКП в подостром периоде был самым низким, иными словами, приближенным к параметрам ТКП А. Повышение средних баллов ТКП через год связано, очевидно, с феноменом модификации ТКП А в АБ, что имело место у части больных.

Таким образом, можно предположить, что ТКП не оказывает значительного влияния на течение ИМ и постинфарктного периода у женщин, в то время как у мужчин ТКП А является одним из факторов, утяжеляющих течение ИМ, что было показано и в других исследованиях [14].

В настоящее время широко обсуждается влияние Тр на течение ИБС [16,19]. Единственное исследование, в которое были включены женщины с ИБС, показало наличие прямой корреляционной связи между уровнем Тр и степенью выраженности коронарного атеросклероза [10]. Однако при этом не исследовались разновидности Тр — ЛТ и РТ.

При оценке ЛТ ее высокий уровень — балл ≥ 46 по шкале Спилберга-Ханина, обнаружен у 59% мужчин и 90% женщин; умеренно повышенный (31-45 баллов) — у 41% мужчин и 12%

Таблица 2

Зависимость течения ИМ от исходного ТКП у мужчин

	Тип А, n=48 (%)	Тип АБ, n=52 (%)
I класс тяжести ИМ	17 (35,4)	19 (36,5)
II класс тяжести ИМ	11 (22,9)	18 (34,6)
III класс тяжести ИМ	14 (29,2)	11 (21,2)
IV класс тяжести ИМ	6 (12,5)*	4 (7,7)*
ЖНР, 5-7 сут	8 (16,5)*	14 (26,9)*
ЖНР, год	7 (14,6)*	12 (23,1)*
НК и/или ФВ<40%, 5-7 сут	17 (35,4)	17 (32,7)
НК и/или ФВ<40%, год	7 (14,6)	8 (15,4)
ишемия, 5-7 сут	26 (54,2)*	19 (36,5)*
ишемия, год	42 (87,5)*	31 (59,6)*

Примечание: * $p < 0,05$ - различия между группами статистически достоверны; ФВ – фракция выброса; ЖНР – желудочковые нарушения ритма.

Таблица 3

Показатели ЛТ и РТ в группах больных с различной тяжестью ИМ на 5-7 сутки и через год

Тяжесть ИМ	I	II	III	IV
	5-7 сутки ИМ			
	n=9	n=22	n=41	n=48
Средний балл ЛТ	50,0±2,6	54,4±2,2	58,2±1,4, $p_{1-3}=0,047$	58,8±1,1, $p_{1-4}=0,024$
Средний балл РТ	35,4±2,9	37,6±2,0	40,5±1,5	41,4±1,2
	Через год после ИМ			
	n=7	n=20	n=39	n=38
Средний балл ЛТ	47,1±4,4, $p_{1-4}=0,023$	49,2±2,7, $p_{2-4}=0,027$	53,4±1,3	55,2±1,3
Средний балл РТ	34,1±4,4	34,4±2,7	37,3±1,6	39,6±1,6

Примечание: p – показатель достоверности различий.

женщин. Больные с низким уровнем ЛТ отсутствовали. Полученные результаты соответствуют данным о том, что повышенный уровень ЛТ (конституциональной) может служить предиктором развития ИБС и повторных коронарных событий [19].

Уровни РТ распределились несколько иначе: высокая РТ отмечена только у одного (1%) мужчины и у 28,3% женщин, умеренно повышенная – у 47% мужчин и 74% женщин, низкая – у 52% мужчин и 10% женщин. Таким образом, среди мужчин превалировала низкая РТ, а среди женщин – умеренно повышенная, при этом высокая РТ достоверно чаще наблюдалась у женщин ($p=0,02$), тогда как у мужчин практически не встречалась. Литературные данные о степени повышения РТ у больных ИМ малочисленны, но, возможно, отсутствие высоких уровней РТ при повышенной ЛТ у мужчин может свидетельствовать в пользу психосоматической природы ИМ – с разрешением внутренних личностных конфликтов через болезнь, реализацией психологического защитного механизма. У женщин диагностика в подостром периоде ИМ высокой ЛТ также, вероятно, связана с предрасполагающими внутренними факторами, на которые вряд ли представляется

возможным оказывать влияние. Вместе с тем, высокая РТ, возникшая в ответ на развитие «непонятного» для пациенток заболевания, требует коррекции. По-видимому, даже разъяснительные лекции-беседы могут уменьшить выраженность РТ у женщин с ИМ.

По литературным данным, признаки депрессии отмечаются у 15-45% больных ИМ [2,11,13,16]. В настоящем исследовании признаки депрессии были обнаружены у 30% мужчин и 24,2% женщин в подостром периоде и у 47,9% мужчин и 10,2% женщин через год после ИМ. Обращает на себя внимание тот факт, что среди мужчин, перенесших ИМ, в течение года количество больных с симптомами депрессии увеличивается, а среди женщин, уменьшается ($p=0,04$).

Среди мужчин выявлены статистически достоверные различия по уровням ЛТ и РТ, депрессии, ТКП в зависимости от тяжести ИМ; чем тяжелее протекает ИМ, тем выше уровни ЛТ и РТ в подостром периоде ИМ и через год (таблица 3). В женской группе достоверных различий по уровню РТ у пациентов с различным классом тяжести ИМ выявлено не было. Таким образом, можно предположить, что уровень РТ у женщин не зависит

от тяжести клинических проявлений ИМ. Вместе с тем по мере утяжеления ИМ как в подостром периоде, так и через год после него наблюдалось достоверное увеличение уровня ЛТ у женщин.

У мужчин обнаружено нарастание среднего балла депрессии в подостром периоде ИМ в зависимости от класса его тяжести: от $32,7 \pm 1,4$ балла у больных ИМ I класса тяжести до $38,2 \pm 1,5$ балла при ИМ IV класса тяжести ($p=0,05$). У женщин также наблюдалось увеличение среднего балла депрессии по мере увеличения класса тяжести ИМ: в подостром периоде ИМ от $39,9 \pm 2,1$ балла у больных I класса тяжести до $46,1 \pm 1,0$ балла у больных IV класса тяжести, но это увеличение было недостоверным. У мужчин средний балл ЛТ и РТ в подостром периоде был достоверно выше у пациентов с рецидивирующим течением ИМ, а наивысший балл депрессии регистрировался в группе с желудочковыми аритмиями и теми осложнениями ИМ, которые сопровождались клинической симптоматикой, что может свидетельствовать о депрессии как реакции на болезнь.

У женщин депрессия, повышенные ЛТ и РТ в подостром периоде оказались связанными с эпизодами ишемии миокарда по данным СМ ЭКГ и повторными госпитализациями в течение года. Среди мужчин исходно повышенные средние баллы ЛТ, РТ и депрессии были связаны с развитием желудочковых аритмий, рецидивами и нарастанием недостаточности кровообращения (НК), что свидетельствует в пользу прогностической роли этих показателей. Вероятно, между развитием ИМ и повышением уровня Тр существует сложная взаимосвязь: с одной стороны, повышенная Тр выявляется до развития ИМ и утяжеляет его течение, с другой стороны – клинические проявления ИМ: ангинозная боль, перебои в работе сердца, признаки НК, сами по себе служат причиной повышенной Тр и развития депрессии. Зависимость уровня депрессии от возраста пациенток была слабой ($r=0,25$), тогда как у мужчин > 70 лет вероятность развития депрессии возрастает в 2 раза

по сравнению с мужчинами меньшего возраста [16].

При оценке КЖ больных обнаружено значительное его снижение: от -9 до -24 баллов, в среднем – $-12,3 \pm 4,8$ среди мужчин и женщин, при норме до -4. Структурный анализ причин снижения КЖ показал, что у этих больных на первом месте стоят необходимость ограничения трудовой деятельности, на втором – эмоциональные проблемы, изменение взаимоотношений с близкими, друзьями, затем – необходимость ограничивать ведение домашнего хозяйства, половую жизнь, физические усилия, проблемы питания; необходимость приема лекарств и их побочные действия находятся на последнем месте.

Предметом беспокойства и снижения КЖ больных ИМ в США являются продолжительность периода выздоровления, проблемы питания, незнание болезни и недостаток рекомендаций, необходимость постоянного приема лекарств и их побочное действие; эмоциональные проблемы и проблемы общения указываются в числе наименее значимых [15].

Настоящее исследование подтверждает наличие у больных ИМ как мужчин, так и женщин выраженных психических нарушений, определяющих необходимость более длительного стационарного лечения или проведения наряду с кардиологической реабилитацией мероприятий по специальной программе психической реабилитации, модификации ФР с целью вторичной профилактики ИБС. В США кардиологическую реабилитацию проходят 20% больных, и только 5% выполняют программу постоянно [13,15]. Самым большим препятствием на пути кардиологической реабилитации служит отсутствие стандартных программ. Вместе с тем в США в программе кардиологической реабилитации нуждаются 8-12 млн. больных [17].

Таким образом, разработка программ социально-психологической реабилитации больных ИМ в зависимости от половой принадлежности представляет собой актуальную задачу современной кардиологии и медицинской психологии во всем цивилизованном мире.

Литература

1. Барбараш Н.А., Тульчинский М.Я., Кувшинов Д.В. и др. Психофизиологические особенности студентов с различными типами «коронарного поведения». *Alma mater* 2000; 3: 32-3.
2. Гоштагас А., Шинкарева Л. Связь между инфарктом миокарда и смертности от этого заболевания и депрессией. *Теория и практика медицины* 2002; 3: 182-7.
3. Зайцев В.П. Определение качества жизни у больных инфарктом миокарда. *Кардиология* 1986; 3: 42 -4.
4. Николаева Л.Ф., Аронов Д.М. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца. Москва 1988.
5. Смулевич А.Б. Депрессии в общеймедицинской практике. Москва 2000.
6. Шпак Л.В. Нервно-психическое состояние и его роль в формировании адаптационно-компенсаторных реакций у больных инфарктом миокарда. *Кардиология* 1990; 4: 86-8.
7. Esteve LG, Valdes M, Riesco N. Denial mechanisms in myocardial infarction: their relations with psychological variables and short-term outcome. *J Psychol* 1993; 36(5): 491-6.
8. Frasure-Smith N, Lesperance F. Differential long-term impact of in-hospital symptoms of psychological stress after non-Q-wave and Q-wave myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1992; 69(1): 1129-31.
9. Friedman M, Thoresen CE. Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post-myocardial infarction patients: summary results of the Recurrent Coronary Prevention Project. *Am Heart J* 1986; 112: 653-65.
10. Low KJ, Fleisher C, Colman R, et al. Psychological variables, age, and angiographically-determinanted coronary artery disease in women. *Ann Behav Med* 1998; 20(3): 221-6.
11. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M, et al. 5-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and 1-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation* 2002; 105: 1049-53.
12. Matthews K. Coronary Heart Disease and Type A behaviors: update on alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) Quantitative Review. *Psychological Bull* 1988; 104(3): 373-80.
13. Terry DJ. Stress, coping, and coping recources as correlates of adaptation after myocardial infarction patients. *Brit J Clin Psychol* 1992; 31: 215-25.
14. Price V, Friedman M. Relation between insecurity and type A behavior. *Am Heart J* 1995; 129(3): 488-91.
15. Philipsen H, Jaarsma T. Problems of cardiac patients in early recovery. *J Adv Nurs* 1995; 21: 21-7.
16. Rooth P, Hyll M, Rossner S. High prevalence of anxiety and depressive symptoms in obese patients. *Abstr. 9th European Congress on Obesity, Milano, 3-6 June, 1999. Int J Obesity* 1999; 23(Suppl. 5): 159.
17. Roviario S, Holmes DS. Influece of a cardiac rehabilitaton program on the cardiovascular, psychological and social function of cardiac patients. *J Behav Med* 1984; 34: 1158-61.
18. Rozanski A. Remodeling cardiac rehabilitation in to secondary prevention programs. *Am Heart J* 1996; 13: 358-66.
19. Yarcheski A, Proctor TF. Moderators of the relationship between anxiety and information received by patients post-myocardial infarction. *Clin Nurs Res* 1998; 7(1): 29-46.
20. Zung WWK The depression status inventory: an adjunct to the self-rating depression scale. *J Clin Psychol* 1972; 28: 539-43.
21. Hedlund JL, Vieweg BW. Thwe Zung self-rating depression scale: a comprehensive review. *J Oper Psychiatry* 1979; 10(1): 51-64.

Поступила 21/12-2005
Принята к печати 13/03-2006