

Сердечно-сосудистые заболевания у женщин с психоэмоциональными расстройствами в климактерии

Н.В. Изможерова, А.А. Попов

Уральская государственная медицинская академия. Екатеринбург, Россия

Cardiovascular disease in climacteric women with psycho-emotional disorders

N.V. Izmozherova, A.A. Popov

Ural State Medical Academy. Yekaterinburg, Russia.

Цель. Оценить влияние психоэмоциональных расстройств (ПЭР) на состояние сердечно-сосудистой системы у женщин в климактерии.

Материал и методы. В исследование случай-контроль на условиях добровольного информированного согласия были включены 186 женщин в климактерии с выраженными ПЭР. Контрольную группу составили 186 женщин без выраженных ПЭР. Тяжесть менопаузального синдрома определяли в баллах модифицированного менопаузального индекса. Наличие депрессии верифицировали согласно диагностическим критериям Международной Классификации Болезней 10-пересмотра. Тяжесть депрессии оценивали с помощью опросника Бека и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии.

Результаты. У всех 186 женщин основной группы была диагностирована депрессия, тяжелее была выражена клиническая симптоматика климактерического синдрома (КС), был более высокий уровень аполипопротеида В; шансы развития основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сердечно-сосудистых катастроф были значимо выше у лиц с депрессией.

Заключение. Депрессии у женщин в климактерии увеличивают шансы развития ССЗ и утяжеляют течение КС.

Ключевые слова: климактерический период, исследование «случай-контроль», депрессия, сердечно-сосудистые заболевания.

Aim. To assess psycho-emotional disorder (PED) impact on cardiovascular system status in climacteric women.

Material and methods. This case-control study included 186 climacteric women with manifested PED. All participants gave their informed consent. The control group included 186 women without PED. Menopause syndrome severity was assessed with modified menopausal index. Depression was diagnosed according to ICD-10; its severity was assessed with Beck's Depression Inventory and Hospital Anxiety and Depression Scale.

Results. In all 186 women from the main group, depression was diagnosed, climacteric syndrome (CS) was more severe, and apolipoprotein B level was higher than in controls. Cardiovascular disease (CVD) and vascular event risk was significantly higher in depressed patients.

Conclusion. In climacteric women, depression increased CVD risk and aggravated CS clinical course.

Key words: Climacteric period, case-control study, depression, cardiovascular disease.

Наступление менопаузы более чем у половины современных женщин сопровождается рядом нейровегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных проявлений, объединяемых понятием «менопаузальный синдром» (МС) [1,12,21]. Тесная хронологическая связь, результаты эпидемиологических исследований и эффективность замес-

тительной гормональной терапии позволяют связать возникающие нарушения с дефицитом эстрогенов [1,12,17,19].

Целью исследования явилась оценка влияния психоэмоциональных расстройств (ПЭР) на состояние сердечно-сосудистой системы у женщин в климактерии.

Таблица 1

Антропометрические показатели и тяжесть климактерических расстройств (Ме, 25-й и 75-й процентиля)

Показатель	Группа		p
	Основная	Контрольная	
Возраст, лет	53 (49÷55)	53,00 (49÷55)	0,8
Длительность менопаузы, лет	3 (0÷7)	3 (0÷6)	0,3
ИМТ, кг/м ²	28,12 (24,23÷31,47)	27,29 (24,65÷30,09)	0,2
ОТ, см	88 (78÷97)	85 (77÷94)	0,07
Нейровегетативные симптомы, баллы	20 (16÷24)	9 (6÷13)	< 0,001
Обменно-эндокринные симптомы, баллы	7 (5÷9)	3 (2÷5)	< 0,001
Психоэмоциональные симптомы, баллы	19 (18÷21)	3 (2÷4)	< 0,001
ММИ, баллы	46 (40÷51)	16 (12÷20)	< 0,001

Материал и методы

В исследование случай-контроль на условиях добровольного информированного согласия были включены 186 женщин в климактерии, имевшие выраженные ПЭР (основная группа). Контрольную группу составили 186 женщин без выраженных ПЭР.

Тяжесть МС определяли в баллах модифицированного менопаузального индекса (ММИ), позволяющего оценить нейровегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные симптомы, ассоциированные с дефицитом эстрогенов [1]. В основную группу были включены пациентки, тяжесть ПЭР у которых достигала ≥ 15 баллов [10].

Наличие депрессии верифицировали согласно диагностическим критериям Международной Классификации Болезней 10-пересмотра (МКБ-10) [8,13]. Тяжесть депрессии оценивалась с помощью опросника Бека АТ 1974. [15] и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale) [24].

Измеряли рост, массу тела (МТ), рассчитывали индекс МТ (ИМТ = вес в кг/рост в м²), окружность талии (ОТ). Содержание общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП) и триглицеридов (ТГ) определяли ферментативным способом на анализаторе «Cobas Integra», Roche: ОХС – тест-системой «Roche Chol-2», ЛВП – тест-системой «Roche HDL-C plus 2 gen», ТГ – тест «Roche». Коэффициент атерогенности (КА) рассчитывали по формуле $КА = ОХС/ЛВП$. Уровень ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП), ХС липопротеидов очень низкой плотности (ЛОНП) и рассчитывали по формуле Friedwald WT 1972 [16]. Аполипопротеины А и В (Апо А и Апо В) определяли методом иммунотурбидиметрии с использованием набором и стандартных образцов фирмы «Spinreact» (Испания) на анализаторе «Stat-Fax». Кровь для исследования брали натощак в 08 часов утра из локтевой вены после 14-часового голодания [4].

Интенсивность болей в суставах, спине, кардиалгий, головных болей пациентки оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ). Выраженность функциональных ограничений, обусловленных остеоартрозом коленных суставов, определяли с помощью альгофункционального индекса Лекена [14].

При расспросе пациенток учитывали наличие кардиалгий и одышки. Диагностика артериальной гипертензии (АГ) осуществлялась согласно «Российским национальным рекомендациям 2004г» [11]. Диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) верифицировали согласно «Национальным рекомендациям по диагностике

и лечению стабильной стенокардии» [5]. Хроническую сердечную недостаточность (ХСН) диагностировали на основании «Национальных рекомендаций по диагностике и лечению ХСН» [9].

Статистическая обработка данных проведена с использованием СУБД «Paradox 5.0», статистического пакета «Statistica for Windows 5.0». При анализе применены критерии Краскала-Уоллиса, χ^2 [3]. В таблицах представлены медианы, 25-й и 75-й процентиля.

Исследование одобрено Этическим комитетом Центральной городской больницы № 6 г. Екатеринбурга.

Результаты

По возрасту, длительности менопаузы, ИМТ пациентки основной и контрольной групп различий не имели (таблица 1). Обращает на себя внимание наличие достоверно более тяжелых проявлений МС по группам обменно-эндокринных и нейровегетативных симптомов.

У всех 186 женщин основной группы была диагностирована депрессия [8]. На момент включения в исследование пациентки не получали антидепрессантов. Однако у лиц с депрессией значительно тяжелее протекают не только ПЭР; значительно выше оказалась тяжесть нейровегетативных и обменно-эндокринных симптомов (таблица 1). Боли в суставах, сердце, спине, а также головные боли были более выражены у лиц с депрессией (таблица 2). В основной группе чаще имели место и были более выражены обусловленные болью ограничения функции суставов. У лиц с депрессией значительно выше и чаще, чем в группе сравнения, были кардиалгии и одышка (рисунки 1, 2).

Женщины, находящиеся в депрессии, имели достоверно более высокий уровень апо В (таблица 3) и, соответственно, более высокие значения соотношения апо В/апо А.

Шансы развития основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) были достоверно выше у лиц с депрессией. В этой группе частота сердечно-сосудистых катастроф была значительно больше (таблица 4). Среди лиц с депрессией инсульт (МИ) перенесли 8, а инфаркт миокарда (ИМ) – 4 человека, среди лиц без ПЭР зарегистрированы по одному случаю МИ и ИМ.

Таблица 2

Выраженность депрессии и болевых ощущений у женщин в климактерии (Me, 25-й и 75-й процентиля)

Показатель	Группа		p
	Основная	Контрольная	
HADS, депрессия, баллы	12 (9÷13)	3 (2÷5)	< 0,001
HADS, тревога, баллы	11 (9÷14)	5 (3÷7)	< 0,001
Вопросник Бека, баллы	22 (19÷26)	6 (4÷10)	< 0,001
Индекс Лекена, баллы	6 (0÷12)	0 (0÷2)	< 0,001
Артралгии, мм ВАШ	52 (30÷80)	31 (0÷50)	< 0,001
Боли в спине, мм ВАШ	50 (30÷80)	30 (0÷45)	< 0,001
Кардиалгии, мм ВАШ	40 (10÷60)	0 (0÷20)	< 0,001
Головные боли, мм ВАШ	50 (30÷80)	20 (0÷50)	< 0,001

Таблица 3

Показатели липидного обмена (Me, 25-й и 75-й процентиля)

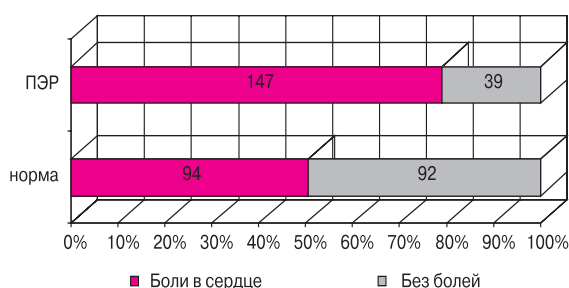
Показатель	Основная группа	Контрольная группа	p
ОХС, ммоль/л	5,90 (4,91÷6,77)	5,80 (5,10÷6,60)	0,656
ЛВП, ммоль/л	1,41 (1,17÷1,77)	1,50 (1,27÷1,80)	0,105
ТГ, ммоль/л	1,38 (1,01÷1,83)	1,42 (0,96÷1,88)	0,761
ЛНП, ммоль/л	3,95 (2,84÷4,67)	3,69 (2,93÷4,38)	0,223
ИА	3,97 (3,30÷5,46)	3,94 (3,16÷4,85)	0,103
ЛВП/ЛНП	0,40 (0,26÷0,50)	0,39 (0,32÷0,56)	0,128
АпоА1, мг/дл	146,65 (120,05÷173,35)	146,35 (118,70÷168,75)	0,855
Апо В, мг/дл	126,50 (99,70÷151,35)	111,95 (85,70÷126,30)	0,026
Апо В/Апо А1, мг/дл	0,78 (0,67÷1,09)	0,72 (0,57÷0,90)	0,049

Таблица 4

Частота ССЗ и их осложнений

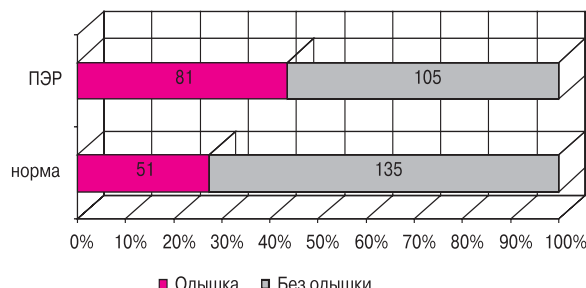
Заболевание	Группы		χ^2	p	ОШ (95% ДИ)
	Основная	Контрольная			
АГ	142 (77,6%)	115 (61,8%)	8,509	0,004	1,99 (1,27 – 3,12)
ИБС	32 (20,8%)	12 (6,5%)	9,305	0,002	3,07 (1,53 – 6,16)
ХСН	70/116	41 (22%)	10,067	0,002	2,13 (1,35 – 3,37)
НМК и ИМ в анамнезе	12 (6,5%)	2 (1,1%)	—	0,014	6,35 (1,4 – 28,76)

Примечание: НМК – нарушение мозгового кровообращения; ОШ-отношение шансов; ДИ-доверительный интервал.



Примечание: $\chi^2=31,861$, $p<0,001$.

Рис. 1 Частота кардиалгий у женщин в климактерии.



Примечание: $\chi^2=9,875$, $p=0,002$.

Рис. 2 Частота жалоб на одышку у женщин в климактерии.

Обсуждение

Пациенты с ПЭР, прежде всего с депрессией, составляют около трети всех обращающихся за медицинской помощью к участковому терапевту, гинекологу женской консультации, врачу общей практики [13,20]. Женщины в климактерии с большой частотой предъявляют жалобы на широкий спектр ПЭР [6,17]. Частота депрессий в этой группе составляет ~ 30% [18-20,23]. ММИ предложен для оценки самочувствия женщин в климактерии при первом обращении пациентки к врачу [1]. Этот

инструмент оценки самочувствия позволяет унифицировать распрос при наличии большого числа жалоб [17,19]. Ранее было показано, что степень выраженности ПЭР ≥ 15 баллов ММИ позволяет с чувствительностью 58% и специфичностью 87% диагностировать депрессивное расстройство [10].

Сегодня ассоциации симптомов депрессии с заболеваниями сердечно-сосудистой системы придается большое значение. При 8-летнем наблюдении за репрезентативной выборкой 657 мужчин в возрасте 25-64 лет относительный риск (ОР) разви-

тия ИМ у лиц с коморбидной депрессией был повышен в 2 раза, а у мужчин в возрасте 55-64 лет — в 5 раз [2]. Наличие депрессии ассоциируется с увеличением риска летального исхода у перенесших ИМ [22]. Депрессия существенно снижает качество жизни (КЖ) [17,20].

В настоящем исследовании у лиц с депрессией значимо выше оказалась не только распространенность АГ, которая, как правило, развивается раньше других ССЗ, но и частота ИБС, и сосудистых катастроф, возникновение которых более типично для женщин > 65 лет [5-7,11].

В группе страдающих депрессией отмечена большая частота жалоб на одышку, боли в области сердца, причем интенсивность всех болевых ощущений была значимо выше, чем у лиц без депрессии. Следовательно, при обилии жалоб врачу необ-

ходимо дифференцировать симптомы соматических заболеваний от соматоморфных проявлений депрессивного расстройства, поскольку адекватная коррекция существующих заболеваний может повлиять на продолжительность, КЖ, трудоспособность пациентки [11,20].

Выводы

У женщин с выраженными ПЭР в климактерии в большинстве случаев диагностируется депрессия.

Наличие депрессии увеличивает шансы развития основных ССЗ и их осложнений.

Пациентки с депрессией предъявляют большое количество жалоб на боли различных локализаций, что может существенно затруднить диагностику заболеваний, которые влияют на продолжительность жизни.

Литература

1. Вихляева Е.М. Климактерический синдром. Руководство по эндокринной гинекологии. Под ред. Е.М. Вихляевой. Москва «Мед информ аг-во» 1997; 603-50.
2. Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Восьмилетнее исследование влияния депрессии на риск инфаркта миокарда в популяции мужчин от 25 до 64 лет. Тер архив 2005; 77(9): 60-4.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. Москва «Практика» 1998; 459.
4. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза: российские рекомендации. Кардиоваск тер профил 2004; (приложение): 8-18.
5. Диагностика и лечение стабильной стенокардии. Российские рекомендации, разработаны Комитетом экспертов ВНОК. Приложение ж Кардиоваск тер профил 2004; 28 с.
6. Здоровье женщин и менопауза. Пер. с англ. Москва «ГЭОТАР-МЕД» 2004; 528 с.
7. Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П. и др. Применение диклофенака и целебрекса у пациентов с артериальной гипертензией и болями в нижней части спины на фоне гипотензивной терапии аккупро или норваском (исследование ДОЦЕНТ). Серд недостат 2005; 6(5): 204-8.
8. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ. Пер. с англ. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. Санкт-Петербург «АДИС» 1994.
9. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН. Серд недостат 2003; 4(6): 276-97.
10. Попов А.А., Изможерова Н.В., Ретюнский К.Ю., Огурцова Т.А. Возможность диагностики депрессивных расстройств в перименопаузе врачами первого контакта с помощью модифицированного менопаузального индекса. Пробл репрод 2005; 11(1): 68-71.
11. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (второй пересмотр), разработаны Комитетом экспертов ВНОК. Кардиоваск тер профил 2004; (приложение): 20.
12. Руководство по климактерию. В.П. Сметник, В.И. Кулаков (ред.). Москва «Мед информ аг-во» 2001; 685 с.
13. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. Москва «Берег» 2000; 160 с.
14. Цветкова Е.С. Остеоартроз. Ревматические болезни: Рук-во для врачей. Под ред. В.А. Насоновой, Н.В. Бунчука. Москва «Медицина» 1997; 385-96.
15. Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. Mod Probl Pharmacopsych 1974; 7: 151-69.
16. Friedwald WT, Levy RJ, Fredrickson DS. Estimation of the concentration of low-density-lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. Clin Chem 1972; 18: 499-502.
17. Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, et al. Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age. Am J Epidemiol 2000; 152: 463-73.
18. Hunter MS. Depression and menopause. BMJ 1996; 313: 1217-8.
19. Hormone replacement therapy and quality of life. Ed. By P.R. Schneider. Parthenon Publishing group 2002; 144 p.
20. Maartens LW, Leusink GL, Knottner JA, Pop VJ. HRT in perimenopause: what do we treat? Maturitas 2000; 34(2): 113-8.
21. Pedro AO, Pinto-Neto AM, Costa-Paiva LHS, et al. Climacteric syndrome: a population-based study in Brazil. Rev. Saude Publica 2003; 37(6): 735-42.
22. Rumsfeld JS, Jones PG, Whooley MA, et al. Depression predicts mortality and hospitalization in patients with myocardial infarction complicated by heart failure. Am Heart J 2005; 150(5): 961-7.
23. Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. New York, N.Y., John Wiley & Sons 1995.
24. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 76: 361-70.

Поступила 03/04-2006

Принята к печати 04/07-2006