

Гендерные особенности медико-социальных показателей больных ишемической болезнью сердца с различным уровнем депрессии

Нагибина Ю. В., Кубарева М. И., Князева Д. С.

ФГАОУ ВО "Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)". Москва, Россия

Цель. Определить гендерные особенности медико-социальных показателей в группе больных ишемической болезнью сердца (ИБС), стенокардией функциональных классов (ФК) II, III, IV в возрасте 35-60 лет, проходивших лечение в кардиологическом отделении, и оценить значимость их связи с различным уровнем депрессии.

Материал и методы. Обследованы 312 пациентов 35-60 лет с установленным диагнозом ИБС, стенокардия ФК II, III, IV. Было сформировано две группы сравнения: Группа I — 138 больных ИБС без депрессии (81 мужчина и 57 женщин), средний возраст $47,8 \pm 4,6$ лет и Группа II — 174 больных ИБС с депрессией (69 мужчин и 105 женщин), средний возраст $48,3 \pm 5,3$ лет. Оценивалась информация о некоторых медико-социальных показателях, уровне депрессивных состояний и стрессоустойчивости, психологическом статусе и качестве жизни. Был проведен статистический анализ данных, которые представлены как среднее значение и стандартная ошибка среднего ($M \pm m$). Рассчитывали отношение шансов (ОШ) и границы его 95% доверительного интервала (ДИ). Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Частота выявления депрессии среди больных ИБС составила 55,77%, при этом у женщин депрессивные состояния встречались в 1,5 раза чаще, чем у мужчин. Депрессия достоверно ассоциировалась с гипергликемией, гиперхолестеринемией и стенокардией III-IV ФК вне зависимости от пола. При анализе медицинских показателей отмечено, что у женщин преобладала стенокардия III и IV ФК, а у мужчин — стенокардия II ФК — ОШ=2,16 (95% ДИ: 1,37-3,41, $p < 0,001$). Женщины оказались более предрасположенными к инвалидности II-III групп — 26,67% в Группе II vs 8,77% в Группе I ($p = 0,008$), по сравнению с мужчинами — 27,54% в Группе II vs 11,11% в Группе I ($p = 0,012$). Гиподинамия также ассоциировалась в большей степени с женским полом, чем с мужским (ОШ=2,89, 95% ДИ: 1,46 -5,70, $p = 0,003$ и ОШ=2,31, 95% ДИ: 1,19-4,48, $p = 0,014$, соответственно). Как у мужчин, так и у женщин была выявлена достоверная ассоциация депрессии с атеросклерозом ($p < 0,001$), однако гендерные различия статистической значимости

не достигли. Такие показатели, как отсутствие работы, высшего образования, а также курение и нарушение ритма были характерны для лиц обоего пола, но оказывали большее влияние на психологическое состояние мужчин ($p = 0,002$, $p < 0,001$, $p = 0,0014$ и $p = 0,01$, соответственно). Характерной только для мужчин оказалась связь депрессии с сахарным диабетом — 8,7 vs 0% ($p = 0,008$), ожирением — 42,03 vs 19,75% ($p = 0,004$), статусом подчиненного — 82,61 vs 64,2% ($p = 0,016$) и отсутствием брака — 60,87 vs 40,74% ($p = 0,02$).

Заключение. Существуют достоверные различия факторов, способствующих развитию депрессии в разных гендерных группах. Ассоциация депрессии с ИБС оказывает неблагоприятное влияние на физическое и психологическое здоровье лиц как мужского, так и женского пола. Вместе с тем, женщины по сравнению с мужчинами в большей степени склонны к психическим расстройствам. Необходимо дальнейшее изучение гендерных особенностей медико-социальных показателей с целью персонализации методов лечения.

Ключевые слова: гендерные особенности, медико-социальные показатели, депрессия, ишемическая болезнь сердца, психосоциальные факторы.

Отношения и деятельность: нет.

ISSN 1728-8800 (Print)
ISSN 2619-0125 (Online)

Поступила 13/12-2019

Рецензия получена 11/01-2020

Принята к публикации 24/01-2020



Для цитирования: Нагибина Ю. В., Кубарева М. И., Князева Д. С. Гендерные особенности медико-социальных показателей больных ишемической болезнью сердца с различным уровнем депрессии. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(1):2425. doi:10.15829/1728-8800-2021-2425

Sex specificities of medical and social parameters in patients with coronary artery disease with different severity of depression

Nagibina Yu. V., Kubareva M. I., Knyazeva D. S.

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University. Moscow, Russia

Aim. To determine the sex specificities of medical and social parameters in patients hospitalized due to coronary artery disease (CAD), class II, III, IV angina, aged 35-60 years and assess the significance of their relationship with different levels of depression.

Material and methods. The study involved 312 patients aged 35-60 with documented CAD, class II, III, IV angina. Two comparison groups were identified: group I — 138 patients (men, 81; women, 57) with CAD and without depression (mean age, $47,8 \pm 4,6$ years); group II — 174

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: nagibina80@mail.ru

Тел.: +7 (499) 248-05-53, +7 (915) 171-86-65

[Нагибина Ю. В. — ассистент кафедры сестринского дела медико-профилактического факультета, ORCID: 0000-0002-0596-6168, Кубарева М. И. — ассистент кафедры сестринского дела медико-профилактического факультета, ORCID: 0000-0002-5329-6357, Князева Д. С. — студентка 3 курса, факультет: Международная школа "Медицина будущего", ORCID: 0000-0002-5644-428X].

patients (men, 60; women, 105) with CAD and depression (mean age, 48,3±5,3 years). Medical and social data, the severity of depression and distress tolerance, psychological status and quality of life was assessed. Statistical analysis was carried out, which are presented as the mean and standard error of the mean (M±m). The odds ratio (OR) and 95% confidence interval (CI) were calculated. Differences were considered significant at $p < 0,05$.

Results. The prevalence of depression among patients with CAD was 55,77%, while women were 1,5 times more likely to suffer it than men. Depression was significantly associated with hyperglycemia, hypercholesterolemia, and class III-IV angina, regardless of sex. Class III and IV angina prevailed in women, while class II angina — in men (OR, 2,16; 95% CI, 1,37-3,41, $p < 0,001$). Women were more prone to degree II-III disability (group II, 26,67%; group I 8,77%; $p = 0,008$), compared with men (group II, 27,54%; group I, 11,11%; $p = 0,012$). Sedentary lifestyle was also associated to a greater extent with the female sex than with the male (OR, 2,89, 95% CI, 1,46-5,70, $p = 0,003$; OR, 2,31, 95% CI, 1,19-4,48; $p = 0,014$, respectively). Both men and women showed a significant association of depression with atherosclerosis ($p < 0,001$), however, sex differences did not reach significance. Indicators such as lack of job and higher education, as well as smoking and arrhythmias were characteristic of both sexes, but had a greater impact on the mental condition of men ($p = 0,002$, $p < 0,001$, $p = 0,0014$ and $p = 0,01$, respectively). For men, the relationship of depression with diabetes (8,7 vs 0%; $p = 0,008$), obesity (42,03 vs 19,75%; $p = 0,004$), subordinate status (82,61 vs 64,2%; $p = 0,016$) and unmarried status (60,87 vs 40,74%; $p = 0,02$).

Conclusion. There are significant differences in factors contributing to depression in different sex groups. The association of depression with CAD has an adverse effect on the physical and psychological health of both males and females. At the same time, women are more prone to mental disorders than men. It is necessary to further study the sex characteristics of medical and social parameters in order to personalize treatment methods.

Key words: sex characteristics, medical and social parameters, depression, coronary artery disease, psychosocial factors.

Relationships and Activities: none.

Nagibina Yu. V.* ORCID: 0000-0002-0596-6168, Kubareva M. I. ORCID: 0000-0002-5329-6357, Knyazeva D. S. ORCID: 0000-0002-5644-428X.

*Corresponding author: nagibina80@mail.ru

Received: 13/12-2019

Revision Received: 11/01-2020

Accepted: 24/01-2020

For citation: Nagibina Yu. V., Kubareva M. I., Knyazeva D. S. Sex specificities of medical and social parameters in patients with coronary artery disease with different severity of depression. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(1):2425. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2021-2425

ДИ — доверительный интервал, ДС — депрессивные состояния, ИБС — ишемическая болезнь сердца, КЖ — качество жизни, ОШ — отношение шансов, СД — сахарный диабет, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФК — функциональный класс, ФР — факторы риска, СМОЛ — Сокращенный Многофакторный Опросник исследования Личности, SF-36 — Health status survey — The Short Form-36.

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения, главной причиной смерти по всему миру являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), изучение патогенеза которых актуально и по сей день.

Вместе с тем, пристальное внимание уделяется исследованию депрессии как предрасполагающего фактора развития ишемической болезни сердца (ИБС) и предиктора коронарной смерти [1]. Как показывает статистика, в среднем у половины (54,4%) больных ИБС определяются признаки депрессии [2]. Согласно другим данным, депрессия затрагивает ~40% пациентов с ИБС [3]. При этом риск смерти от ССЗ при наличии депрессивных симптомов увеличивается в 2 раза [4].

Немаловажную роль в развитии депрессии играют гендерные особенности. В течение многих лет влияние депрессии на течение ССЗ изучалось только у лиц мужского пола, тогда как роль женского пола была недооценена. В настоящее время выявлено, что прогноз ИБС у женщин с депрессией более неблагоприятный, чем у мужчин. Вероятно, данные различия связаны с предрасположенностью женщин к более высокой психосоциальной нагрузке [5]. В то время как мужчины занимают первенство по потреблению алкоголя, ожирению и гиподинамии, у женщин чаще обнаруживаются тревожные и депрессивные состояния (ДС), а также

психиатрические нарушения в анамнезе. При этом для женщин характерен более низкий показатель качества жизни (КЖ) [6].

Несмотря на тщательный анализ медико-социальных особенностей больных ИБС с депрессией, гендерные различия все еще остаются малоизученными.

Цель исследования — определить гендерные особенности медико-социальных показателей в группе больных ИБС, стенокардией функциональных классов (ФК) II, III, IV в возрасте 35-60 лет, проходивших лечение в кардиологическом отделении, и оценить значимость их связи с различным уровнем депрессии.

Материал и методы

Обследованы 312 пациентов среднего и пожилого возраста 35-60 лет, находившихся на лечении в кардиологическом отделении с установленным диагнозом ИБС, стенокардия ФК II, III, IV. Для изучения медико-социальных особенностей пациентов с установленным диагнозом ИБС, стенокардия ФК II, III, IV, было сформировано 2 группы сравнения. В первую группу сравнения (Группа I) пациентов с ИБС вошли 138 человек с ИБС без ДС и легкой субдепрессией, из них 81 мужчина и 57 женщин. Средний возраст составил 47,8±4,6 лет. Во вторую группу сравнения (Группа II) пациентов с ИБС вошли 174 человека с ИБС с умеренными, выраженными (средней тяжести) и тяжелыми ДС, из них 69

мужчин и 105 женщин. Средний возраст — 48,3±5,3 лет. Стенокардия напряжения II ФК выявлена у 138 пациентов, III ФК — у 152 пациентов, IV ФК — у 22 пациентов.

В качестве критериев включения рассматривались наличие у пациентов установленного диагноза ИБС стенокардия ФК II, III, IV, возраст 35-60 лет и информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями исключения были острый инфаркт миокарда или острое нарушение кровообращения, соматические заболевания в стадии декомпенсации, печеночная и почечная недостаточность, хронический алкоголизм или другие формы зависимости, беременность, наличие суицидальных мыслей и действий в период обследования, суицидальных попыток в анамнезе, отсутствие добровольного согласия.

Диагноз ИБС стенокардия II, III, IV ФК был поставлен на основании данных анамнеза, клинического и лабораторно-инструментального исследований в соответствии со стандартами Национальных клинических рекомендаций (2009г). Обследование включало физикальный осмотр, электрокардиографию, велоэргометрию и эхокардиографию. ФК стенокардии оценивали по классификации Канадской ассоциации кардиологов 1976г. Регистрация электрокардиограммы проводилась в положении лежа, в 12-ти стандартных отведениях при скорости движения ленты 25 мм/сек, изменения оценивались по Миннесотскому коду. С помощью велоэргометрии определяли толерантность к физической нагрузке и уточняли ФК стенокардии. Эхокардиографию проводили для оценки состояния миокарда больных ИБС. Для подтверждения наличия стенокардии напряжения использовали анкету Роуза.

По мнению обследованных пациентов, 71% из них считает, что причиной возникновения у них ИБС явился хронический или острый эмоциональный стресс, 15% обследованных причиной называли физические перегрузки, 14% затруднились назвать причину возникновения заболевания.

Собраны данные о социально-демографических показателях (пол, возраст, рост, вес, образование, место жительства, занятость, семейное положение, наличие детей), условиях жизни (уровень дохода, условия проживания), вредных привычках (курение, гиподинамия), медицинских данных (отягощенная наследственность, наличие атеросклероза, ФК стенокардии, нарушения ритма, артериальное давление, уровень глюкозы и холестерина (ХС) в крови, сахарный диабет (СД), ожирение, группа инвалидности).

Диагноз артериальной гипертензии (АГ) ставили при артериальном давлении >140/90 мм рт.ст. Под ожирением подразумевали индекс массы тела >25 кг/м². За критерий гиперхолестеринемии принимали уровень общего ХС >5,2 ммоль/л. Гипергликемию диагностировали при уровне глюкозы в крови >5,5 ммоль/л. Больные считались курящими, если выкуривали ≥1 сигарету в день. Гиподинамия регистрировалась у пациентов, не выполнявших рекомендации Всемирной организации здравоохранения по минимуму физической нагрузки в нед.: 150 мин низкоинтенсивной или 75 мин высокоинтенсивной аэробной нагрузки.

Интенсивность боли при ангинозном приступе оценивалась количественным образом по визуальной аналоговой шкале, являющейся прямой линией 10 см без делений. При этом под крайней точкой слева подраз-

умевается отсутствие боли, а справа — в высшей степени интенсивная нестерпимая боль.

Для выявления ДС использовали шкалу депрессии Бека. Данная шкала состоит из 21 вопроса, в качестве ответа предлагается на выбор одно из 4 утверждений, ранжированных по мере увеличения тяжести симптомов депрессии. Результаты интерпретировались по балльной системе: при сумме баллов ≤10 понималось отсутствие признаков развивающейся депрессии (субклинический уровень), 19-25 баллов — депрессия легкой степени, 26-29 баллов — умеренно выраженная депрессия, ≥30 баллов — тяжелая депрессия. Депрессию диагностировали в том случае, если пациент набирал по шкале Бека ≥19 баллов. Следует отметить, что больные ИБС с верифицированным диагнозом депрессии специфического лечения не получали.

Для оценки психологического состояния пациентов и особенностей личности использовали опросник СМОЛ (Сокращенный Многофакторный Опросник исследования Личности), который составлен на основе ММПИ (Миннесотский многоаспектный личностный опросник) и состоит из 71 вопроса, 11 шкал, включая 3 оценочные шкалы. При анализе данных подсчитывается количество баллов: при результате <40 баллов — низкий показатель, 41-69 баллов — средний, >70 баллов — высокий. По итогам тестирования выстраивается личностный профиль пациента.

Анализ стрессогенности жизненных событий проводился с помощью оценочной шкалы Холмса-Рея. При сумме баллов <150 степень сопротивляемости стрессу считалась большой, при 150-199 баллов — высокой, 200-299 — пороговой, ≥300 — низкой.

С целью изучения КЖ использовали опросник SF-36 (Health status survey — The Short Form-36), который состоит из 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал, куда входят как физические, так и психологические компоненты здоровья. Баллы по каждому показателю варьируют от “0” до “100”, где “100” означает полное здоровье.

Проведенное исследование было одобрено ответственным этическим комитетом. От всех участников было получено письменное информированное согласие.

Полученные данные были подвержены статистическому анализу. Для оценки значимости различий между двумя выборками использовали двусторонний t-критерий Стьюдента. Для определения и оценки связи между двумя показателями вычисляли коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Данные представлены как среднее значение и стандартная ошибка среднего ($M \pm m$). Для оценки вероятности наличия сопутствующей патологии применяли логистическую регрессию с определением отношения шансов (ОШ) и 95% доверительных интервалов (ДИ) в однофакторных и многофакторных моделях. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты

Связь различных психосоциальных факторов с депрессией среди больных ИБС

В целом в когорте обследуемых больных ДС регистрировались в 55,77% случаев (174 человека в Группе II из 312 больных ИБС). Сравнительный анализ медико-социальных характеристик в группах с депрессией (Группа II) и без депрессии (Группа I)

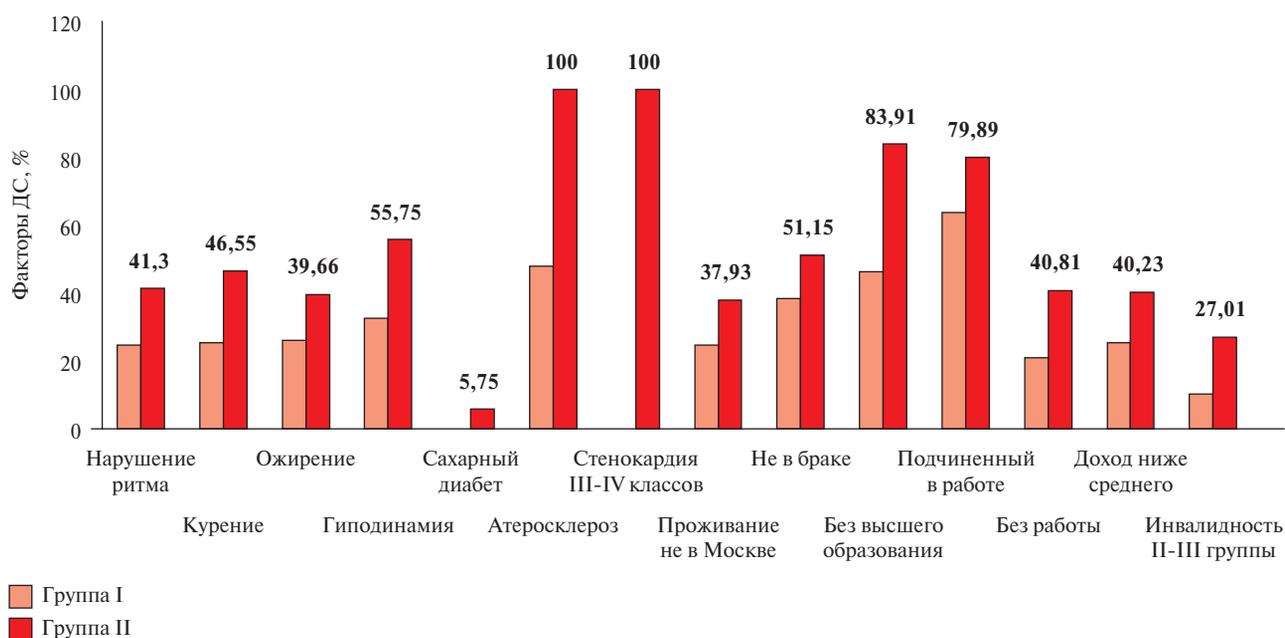


Рис. 1 Частота факторов, способствующих развитию ДС, в Группе I и Группе II.

па I) выявил значимые различия по ряду признаков (рисунок 1).

Обнаружено, что такие показатели, как гипергликемия (5,9 vs 5,2 ммоль/л), гиперхолестеринемия (6,5 vs 2,8 ммоль/л), СД (5,75 vs 0%, $p=0,003$), стенокардия III-IV ФК (100%, $p<0,001$), инвалидность III группы (100%, $p<0,001$) ассоциировались с высоким уровнем депрессии в 100% случаев. Таким образом, выявлена закономерность между повышением уровня депрессии и нарастанием ФК тяжести стенокардии и группы инвалидности.

Анализ сопутствующей патологии с оценкой вероятности ее наличия (ОШ) показал, что у больных ИБС с депрессией по сравнению с пациентами без депрессии в 2 раза чаще регистрировался атеросклероз — 100 vs 47,83% ($p<0,001$), в 1,5 раза чаще ожирение — 39,66 vs 26,09% (ОШ=1,86, 95% ДИ: 1,14-3,03, $p=0,016$), в 1,7 раз нарушение ритма — 43,10 vs 24,64% (ОШ=2,32, 95% ДИ: 1,42-3,78, $p<0,001$), в 2,7 раз инвалидность II-III групп — 27,01 vs 10,14% (ОШ=3,28, 95% ДИ: 1,72-6,25, $p<0,001$).

В когорте больных ИБС с ДС преобладали такие социально-демографические характеристики, как отсутствие высшего образования — 83,91 vs 46,38% (ОШ=6,03, 95% ДИ: 3,57-10,19, $p<0,001$), работы — 40,81 vs 21,01% (ОШ=2,59, 95% ДИ: 1,56-4,31, $p<0,001$), а также должность подчиненного — 79,89 vs 63,77% (ОШ=2,48, 95% ДИ: 1,5-4,1, $p=0,002$). Среди пациентов с ДС в 1,3 раза чаще встречались лица, не состоящие в браке — 51,15 vs 38,41% (ОШ=1,68, 95% ДИ: 1,07-2,64, $p=0,03$), в 1,5 раза чаще лица, проживающие в Московской области, а не в Москве — 37,93 vs 24,64% (ОШ=1,87, 95% ДИ: 1,14-3,06, $p=0,015$).

Показана связь экономического статуса с ДС. Группа II отличалась более низким уровнем материального дохода — 40,23 vs 25,36% (ОШ=1,98, 95% ДИ: 1,21-3,23, $p=0,008$).

Что касается образа жизни, у больных ИБС с ДС практически в 2 раза чаще отмечается тенденция к гиподинамии — 55,75 vs 32,61% (ОШ=2,6, 95% ДИ: 1,64-4,14, $p<0,001$) и курению — 46,55 vs 25,36% (ОШ=2,56, 95% ДИ: 1,58-4,17, $p<0,001$).

Связь ДС с диетой, условиям проживания и наличием детей после коррективов по критерию Фишера оказалась статистически незначимой ($p>0,05$).

Связь медико-специальных особенностей с ДС в различных гендерных группах

При анализе ассоциации медико-социальных особенностей с ДС в зависимости от пола было выявлено, что женщины страдают от ДС в 1,5 раза чаще, чем мужчины ($p<0,001$).

В целом в когорте больных ИБС (Группа I и Группа II) среди женщин преобладала стенокардия III-IV ФК, а среди мужчин — II ФК — ОШ=2,16 (95% ДИ: 1,37-3,41, $p<0,001$). Анализ лабораторных данных показал, что значимых различий между группами по уровню глюкозы, ХС и артериального давления не было.

Гендерные различия представлены на рисунках 2 и 3. Установлено, что ассоциация коморбидных патологий с депрессией в большей степени выражена в женской популяции. У женщин с ДС, по сравнению с психологически здоровыми, инвалидность II-III групп встречалась в 3 раза чаще (26,67 vs 8,77%, $p=0,008$), при этом ОШ=3,78 (95% ДИ 1,37-1,43), тогда как у мужчин с ДС данный фак-

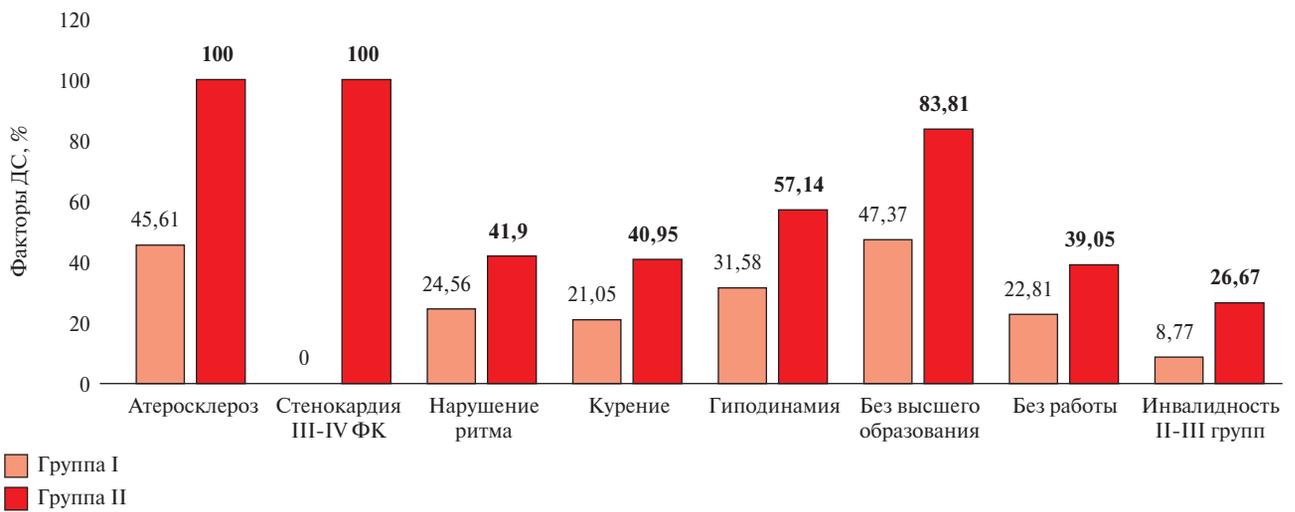


Рис. 2 Частота факторов, способствующих развитию ДС, у женщин в Группе I и Группе II.

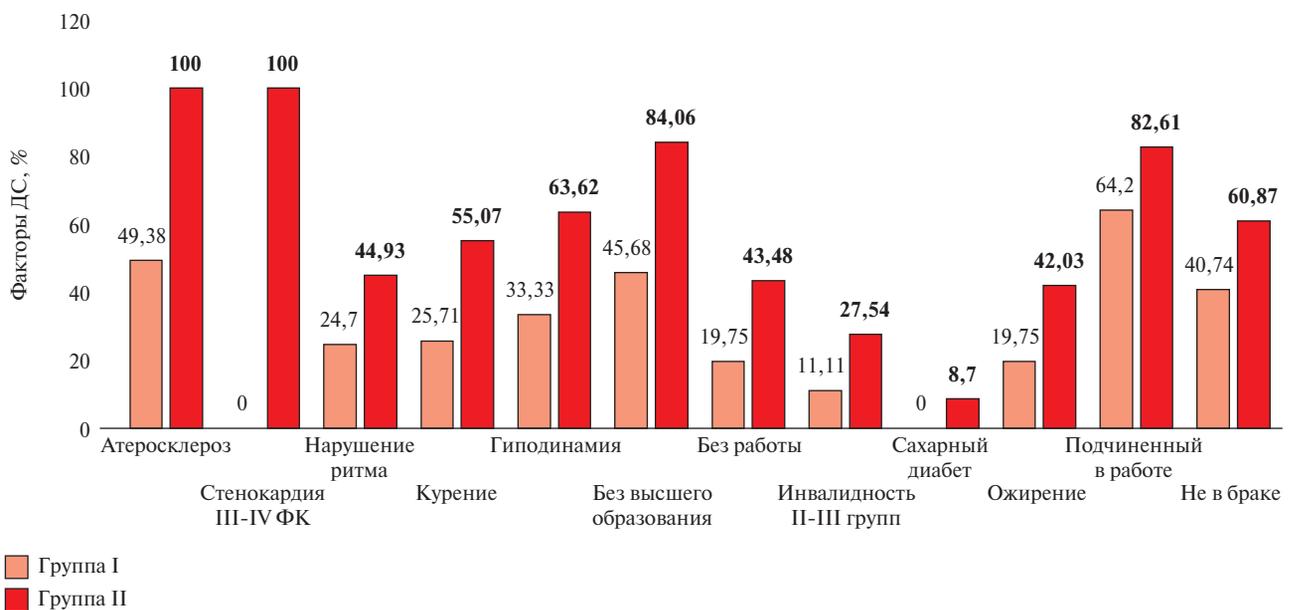


Рис. 3 Частота факторов, способствующих развитию ДС, у мужчин в Группе I и Группе II.

тор присутствовал в 2,5 раза чаще (27,54 vs 11,11%, $p=0,012$), при этом ОШ=3,04 (95% ДИ: 1,27-7,27). Гиподинамия также ассоциировалась в большей степени с женским полом, чем с мужским (ОШ=2,89, 95% ДИ: 1,46-5,70, $p=0,003$ и ОШ=2,31, 95% ДИ: 1,19-4,48, $p=0,014$, соответственно). Согласно результатам, наличие сопутствующих заболеваний оказывает более агрессивное влияние на женщин. Данные различия объясняются с позиции гормональных процессов и гендерных особенностей реагирования на стресс.

При сопоставлении групп было отмечено, что такие показатели, как отсутствие работы, высшего образования, а также курение и нарушение ритма ассоциировались с ДС у лиц обоего пола, но большее влияние на психологическое состоя-

ние эти факторы оказывали в мужской популяции ($p=0,002$, $p<0,001$, $p=0,0014$ и $p=0,01$, соответственно). Как у мужчин, так и у женщин была выявлена достоверная ассоциация депрессии с атеросклерозом ($p<0,001$), однако гендерные различия статистической значимости не достигли.

Примечательно, что связь ДС с СД, ожирением, статусом занятости и семейным положением обнаружена только у лиц мужского пола. Так, у мужчин с высоким уровнем ДС чаще регистрируется СД — 8,7 vs 0% ($p=0,008$), ожирение — 42,03 vs 19,75% (ОШ=2,95, 95% ДИ: 1,42-6,09, $p=0,004$), они чаще являются подчиненными на работе — 82,61 vs 64,2% (ОШ=2,65, 95% ДИ: 1,23-5,72, $p=0,016$) и не состоят в браке — 60,87 vs 40,74% (ОШ=2,26, 95% ДИ: 1,17-4,36, $p=0,02$). Таким обра-

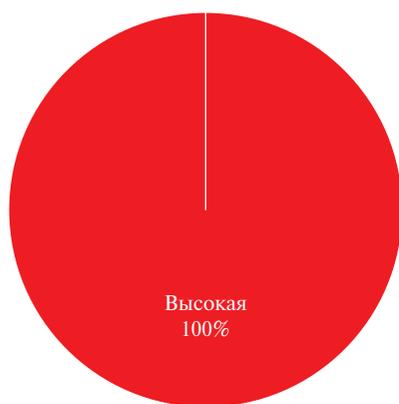


Рис. 4 Степень сопротивляемости стрессу Группы I по шкале Холмса-Рея.

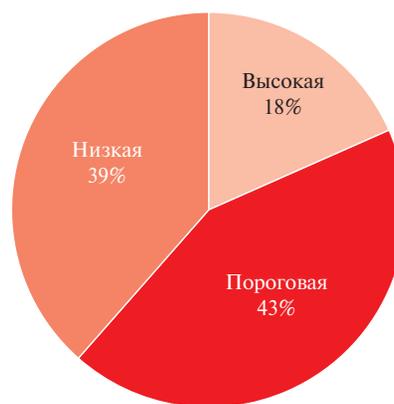


Рис. 5 Степень сопротивляемости стрессу Группы II по шкале Холмса-Рея.

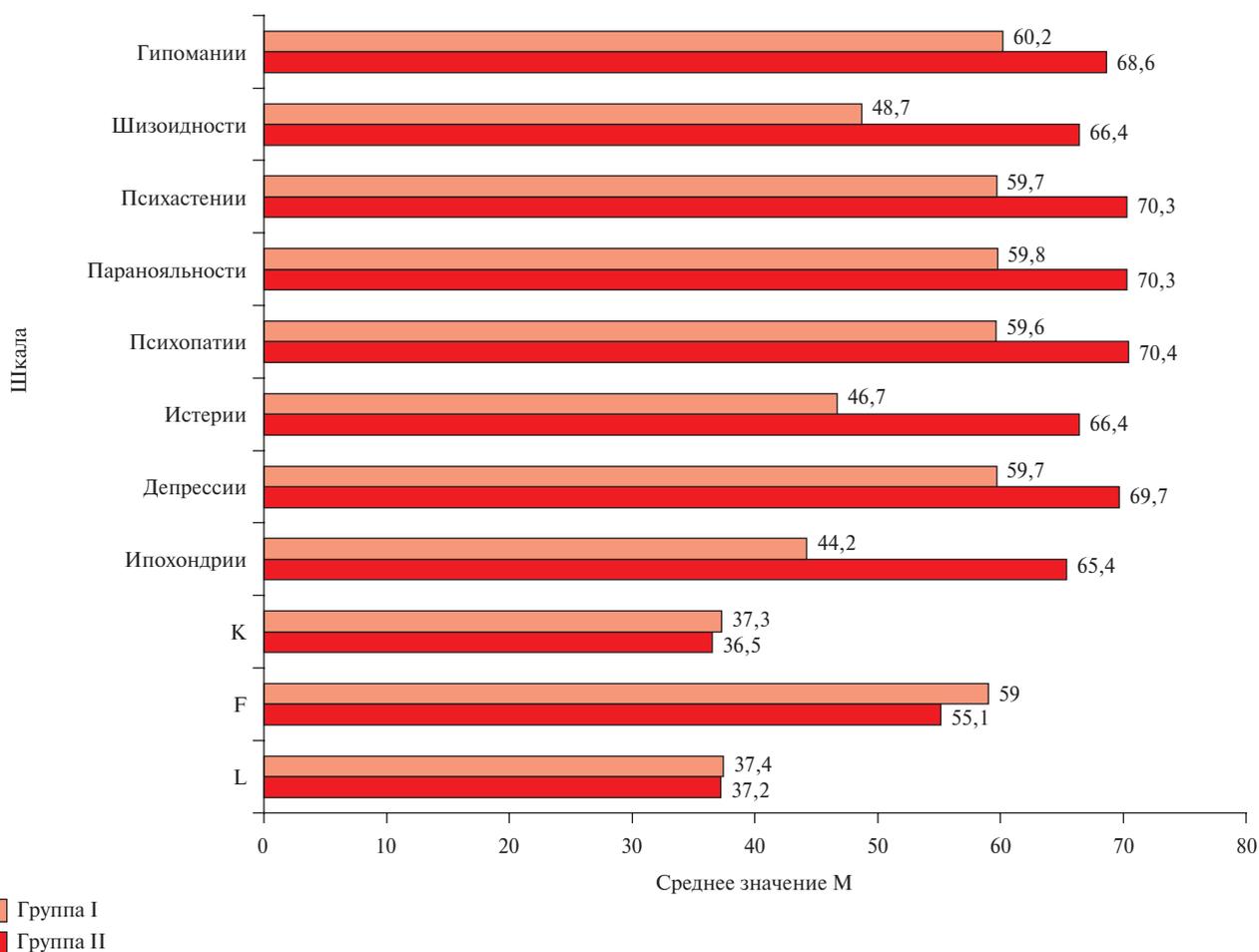


Рис. 6 Сравнение показателей теста СМОЛ Группы I и Группы II.

зом, для представителей мужского пола характерна склонность к одиночеству, ожирению, а также проблемы с трудоустройством.

Анализ медико-социальных факторов исключительно в Группе II показал, что среди мужчин с ДС больше лиц, не состоящих в браке, чем среди женщин — 60,87 vs 44,76% (ОШ=1,92, 95% ДИ: 1,03-3,56, $p=0,044$). Не было получено достоверно значимых факторов, способствующих развитию де-

прессии при сравнении мужчин и женщин в группе больных ИБС без ДС (Группа I). Другие ассоциации психосоциальных факторов с ДС являются статистически незначимыми ($p>0,05$).

Особенности психологического статуса и КЖ у больных ИБС с ДС

Выявлено наличие взаимосвязи между психосоциальными факторами и ДС. Согласно результатам шкалы Холмса-Рея, у больных ИБС с ДС были

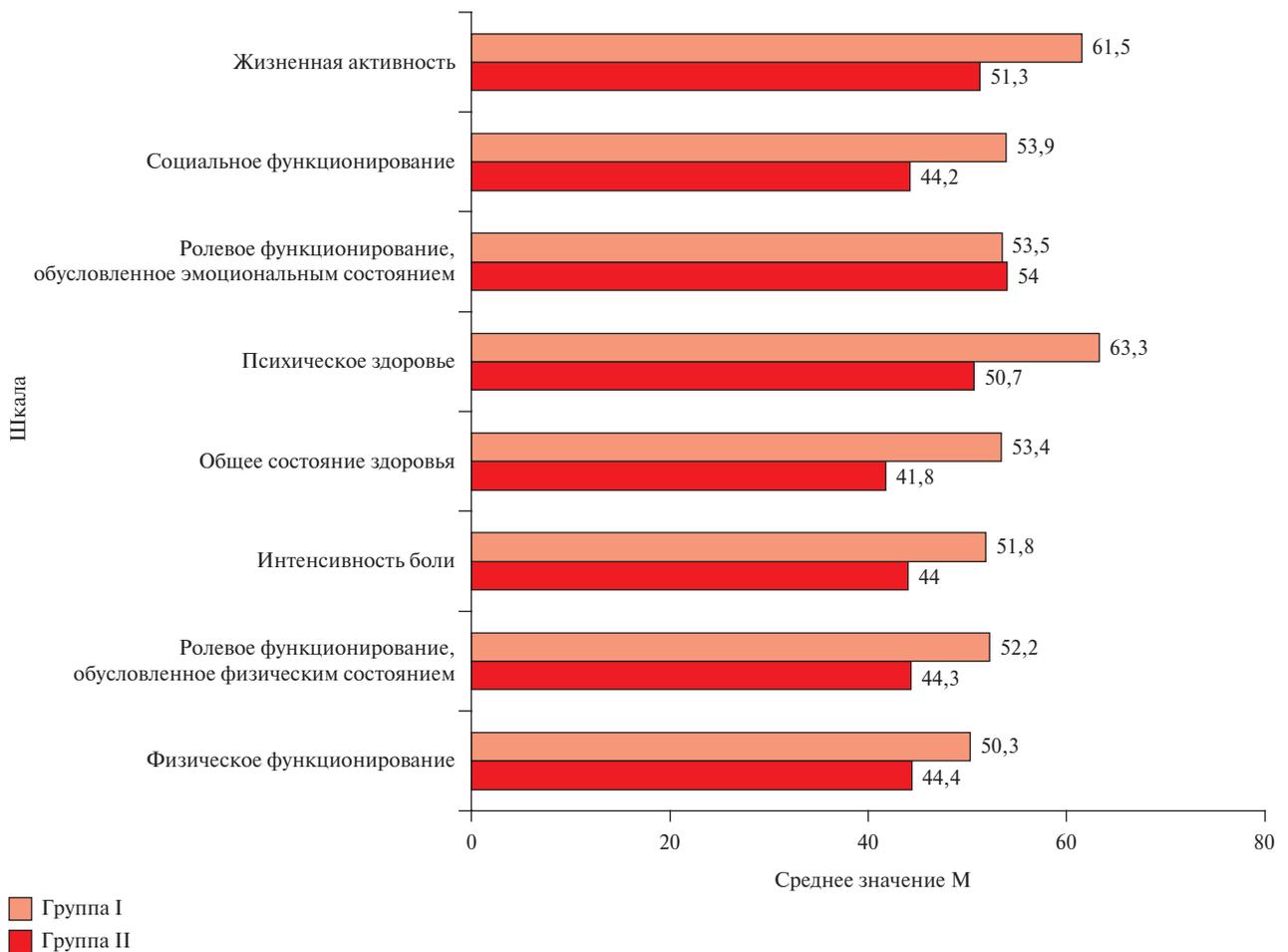


Рис. 7 Сравнение показателей опросника SF-36 Группы I и Группы II.

обнаружены признаки пороговой и низкой сопротивляемости стрессу, тогда как у лиц без ДС устойчивость к стрессу оставалась высокой (рисунки 4 и 5).

В исследовании больные ИБС с ДС характеризовались невротической акцентуацией личности. По данным теста СМОЛ, у лиц с психологическими нарушениями выявлено повышение профиля по шкалам ипохондрии, депрессии, истерии — шкалам невротической триады (рисунок 6). При этом отсутствие снижения профиля по шкале гипомании при высоком показателе по шкале депрессии можно расценивать как превалирование тревожных состояний, а не ДС. О наличии тревожности свидетельствует и высокий уровень психопатии. Повышение профиля по шкале паранояльности указывает на эмоциональную ригидность, агрессивность и злопамятство. Высокий уровень психопатии подтверждает конфликтность и социальную неустойчивость больных. Кроме того, более высокий показатель профиля сравнения показателей теста СМОЛ по оценочной шкале F косвенно отражает внутреннее напряжение пациентов, а более низкий — по шкале K свидетельствует о нежелании

больных строить свое поведение с учетом мнения окружающих.

Кроме того, было показано наличие сопряженности между выраженностью депрессии и КЖ. По результатам опросника SF-36, у депрессивных больных, по сравнению с пациентами без ДС, наблюдалось снижение показателей КЖ по всем параметрам (рисунок 7). Данный эффект обусловлен тесной взаимосвязью депрессии с психологическими факторами и развитием социальной и психической дезадаптации.

Стоит отметить, что наиболее значимыми причинами снижения КЖ являются эмоциональные и вегетативные нарушения. Больные ИБС с клинически выраженными депрессивными, тревожными и вегетативными расстройствами имеют худший прогноз: у них выше смертность и больше сердечно-сосудистых событий.

Обсуждение

В опубликованной ранее литературе были представлены результаты относительно гендерных различий в развитии ДС при ИБС, было доказано, что в популяции женщин с ССЗ распростра-

ненность депрессии достоверно выше, чем среди мужчин.

В палестинском исследовании 2019г у женщин симптомы тяжелой депрессии диагностировались в 1,5 раза чаще, чем у мужчин — 28,7 vs 18,8%, что соответствует результатам нашего исследования. В женской популяции преобладали такие психосоциальные факторы, как низкая стрессоустойчивость и самооценка, низкий уровень КЖ, отсутствие высшего образования, курение и гиподинамия, а также наличие коморбидных патологий [7].

Аналогичные данные были представлены в работе [8] (2018), где распространенность ДС среди женщин с ИБС составила 29,9%, а среди мужчин — 21,1% ($p=0,0014$). Кроме того, согласно наблюдениям [9] (2018), женщины в отличие от мужчин были подвержены более высокому риску психических расстройств (ОШ=2,86, 95% ДИ: 1,33-6,16, $p=0,007$).

По некоторым данным, в популяции больных инфарктом миокарда около половины женщин (48%) и четверти (24%) мужчин замечали признаки депрессии ($p<0,0001$), ассоциированной с более высоким уровнем стресса, низким показателем КЖ и уровнем образования, с большим количеством коморбидных патологий (СД, курение) [10].

Гендерные различия в отношении распространенности определенных психосоциальных факторов представлены в исследовании [11] (2016). Согласно его результатам, среди женщин, перенесших инфаркт миокарда, АГ встречалась в 1,4 раза чаще (100%), а СД в 2,3 раза чаще (30%), чем среди мужчин. Кроме того, психоэмоциональные нагрузки у женщин отмечались чаще, чем у мужчин [11].

В исследовании [12] (2014) у мужчин депрессия ассоциировалась с отсутствием работы (ОШ=0,09, 95% ДИ: 0,02-0,54) и низкой фракцией выброса (ОШ=0,96, 95% ДИ: 0,92-1,00), а у женщин с неопределенностью (ОШ=1,09, 95% ДИ: 1,04-1,32) и низким уровнем КЖ (ОШ=1,17, 95% ДИ: 1,08-1,48). По другим данным [13], для женщин, по сравнению с мужчинами, характерна более высокая предрасположенность к АГ (ОШ=1,09, 95% ДИ 1,02-1,16), интенсивному курению (ОШ=1,55, 95% ДИ: 1,32-1,83), а также СД 1 типа (ОШ=2,91, 95% ДИ: 1,56-5,45) и 2 типа (ОШ=1,47, 95% ДИ: 1,16-1,87). Согласно еще одному исследованию [14], мужчины имели более низкие показатели АГ ($p=0,01$), дислипидемии ($p<0,001$) и СД ($p=0,01$), чем женщины, но не отличались по ожирению ($p=0,93$) и церебральной сосудистой недостаточности ($p=0,83$).

Доказано влияние депрессивной симптоматики на риск смерти у больных хронической сердечной недостаточностью. Как показало исследо-

вание [15] (2019), в группе больных с выраженными депрессивными симптомами регистрировался более высокий относительный риск смерти (2,92), чем в группе больных без признаков депрессии ($p=0,02$). В другой работе [16] депрессия также ассоциировалась с повышенным риском смерти — ОШ=1,20 (95% ДИ: 1,11-1,28, $p<0,001$). У мужчин повышенная смертность ассоциировалась с отрицательной самооценкой (ОШ=1,53, 95% ДИ: 1,06-2,21, $p=0,022$), нерешительностью (ОШ=1,53, 95% ДИ: 1,15-2,04, $p=0,003$), неудовлетворенностью (ОШ=1,34, 95% ДИ: 1,10-1,63, $p=0,003$) и усталостью (ОШ=1,45, 95% ДИ: 1,20-1,74, $p<0,001$), тогда как среди женщин наблюдалась зависимость неблагоприятных исходов от усталости (ОШ=1,54, 95% ДИ: 1,09-2,15, $p=0,012$) и наличия суицидальных мыслей (ОШ=1,58, 95% ДИ: 1,03-2,43, $p=0,037$).

В литературе значительное внимание уделяется изучению гендерных особенностей психических расстройств. Как показало психометрическое исследование [14], для женщин характерны более высокие показатели соматических ($p<0,001$) и когнитивно-аффективных ($p=0,005$) ДС в подшкалах BDI-I (Beck Depression Inventory-I — шкала депрессии Бека).

Заключение

Установлено, что среди женщин депрессия встречается в 1,5 раза чаще, чем среди мужчин. У женщин депрессия ассоциирована со стенокардией III-IV ФК, у мужчин — со стенокардией II ФК. Кроме того, у женщин чаще регистрировались атеросклероз и инвалидность II-III групп. Характерной только для мужчин оказалась связь депрессии с СД, ожирением, статусом занятости и семейным положением. В целом, ассоциация ИБС с депрессией оказывает более неблагоприятное влияние на физическое и психологическое здоровье женщины.

Наличие гендерных различий подтверждает необходимость разработки эффективных методов лечения, основанных на дифференцированном подходе с учетом пола, возраста и психологических характеристик. Определение медико-социальных особенностей (гиподинамией, отказ от вредных привычек, динамическое наблюдение за пациентами с наследственной предрасположенностью к артериальной гипертензии и т.д.) способно снизить вероятность развития депрессии и других сопутствующих заболеваний, увеличить продолжительность жизни и обеспечить высокое КЖ больных ИБС.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Carney RM, Freedland KE. Depression and coronary heart disease. *Nat Rev Cardiol.* 2017;14(3):145-55. doi:10.1038/nrcardio.2016.181.
2. Rasputina L, Rasputin V, Ovcharuk M, et al. Prevalence of depression and its grading in patients with coronary heart disease. *Georgian Med News.* 2016;(259):48-53.
3. Dickens C. Depression in people with coronary heart disease: prognostic significance and mechanisms. *Curr Cardiol Rep.* 2015;17(10):83. doi:10.1007/s11886-015-0640-6.
4. Jani BD, Mair FS, Roger VL, et al. Comorbid Depression and Heart Failure: A Community Cohort Study. *PLoS One.* 2016;11(6):e0158570. doi:10.1371/journal.pone.0158570.
5. Deter HC, Weber C, Herrmann-Lingen C, et al. Gender differences in psychosocial outcomes of psychotherapy trial in patients with depression and coronary artery disease. *J Psychosom Res.* 2018;113:89-99. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.08.005.
6. Prata J, Quelhas Martins A, Ramos S, et al. Gender differences in quality of life perception and cardiovascular risk in a community sample. *Rev Port Cardiol.* 2016;35(3):153-60. doi:10.1016/j.repc.2015.09.022.
7. Allabadi H, Probst-Hensch N, Alkaiyat A, et al. Mediators of gender effects on depression among cardiovascular disease patients in Palestine. *BMC Psychiatry.* 2019;19(1):284. doi:10.1186/s12888-019-2267-4.
8. Sanner J, Grove ML, Yu E, et al. Effects of Gender-Specific Differences, Inflammatory Response, and Genetic Variation on the Associations Among Depressive Symptoms and the Risk of Major Adverse Coronary Events in Patients With Acute Coronary Syndrome. *Biol Res Nurs.* 2018;20(2):168-76. doi:10.1177/1099800417751662.
9. Serpytis P, Navickas P, Lukaviciute L, et al. Gender-Based Differences in Anxiety and Depression Following Acute Myocardial Infarction. *Arq Bras Cardiol.* 2018;111(5):676-683. doi:10.5935/abc.20180161.
10. Smolderen KG, Strait KM, Dreyer RP, et al. Depressive symptoms in younger women and men with acute myocardial infarction: insights from the VIRGO study. *J Am Heart Assoc.* 2015;4(4):e001424. doi:10.1161/JAHA.114.001424.
11. Dadashova G.M. The gender characteristics of clinical somatic and psycho-emotional status in patients with chronic heart failure. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal.* 2016;22(1):17-22. (In Russ.) Дадашова Г.М. Гендерные особенности клинико-соматического и психоэмоционального статуса у больных с хронической сердечной недостаточностью. *Российский медицинский журнал.* 2016;22(1):17-22. doi:10.18821/0869-2106-2016-22-1-17-22.
12. Kao CW, Chen TY, Cheng SM, et al. Gender differences in the predictors of depression among patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2014;13(4):320-8. doi:10.1177/1474515113496493.
13. Millett ERC, Peters SAE, Woodward M. Sex differences in risk factors for myocardial infarction: cohort study of UK Biobank participants. *BMJ.* 2018;363:k4247. doi:10.1136/bmj.k4247.
14. Dessotte CA, Silva FS, Furuya RK, et al. Somatic and cognitive-affective depressive symptoms among patients with heart disease: differences by sex and age. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(2):208-15. doi:10.1590/0104-1169.0287.2544.
15. Pushkarev GS, Kuznetsov VA, Fisher YA, et al. Impact of Depressive Symptoms on All-Cause Mortality in Patients with Congestive Heart Failure After Cardiac Resynchronization Therapy. *Kardiologiya.* 2019;59(1):5-11. (In Russ.) Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А., Фишер Я.А. и др. Влияние депрессивной симптоматики на риск смерти от всех причин у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, перенесших сердечную ресинхронизирующую терапию. *Кардиология.* 2019;59(1):5-11. doi:10.18087/cardio.2019.1.10211.
16. de Miranda Azevedo R, Roest AM, Carney RM, et al. Individual depressive symptoms and all-cause mortality In 6673 patients with myocardial infarction: Heterogeneity across age and sex subgroups. *J Affect Disord.* 2018;228:178-85. doi:10.1016/j.jad.2017.11.025.