

МАРКЕРЫ РИСКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ВОЗРАСТНОМ И ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ

Полякова Е. О., Горбач Т. Л., Козловская А. И.

Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Реферат. Обследование пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца (далее — ИБС) различных клинических форм, позволило более полно изучить психологические факторы, феномены и механизмы, действующие на различных уровнях психического реагирования в гендерной и возрастной области, что позволит оптимизировать процесс комплексного лечения. Тем не менее, тревога и депрессия имеют недостаточную выявляемость врачами терапевтами, что подтверждает актуальность исследования.

Ключевые слова: тревога, депрессия, болезни системы кровообращения.

Введение. На сегодняшний день очевиден рост уровня ишемической болезни сердца в структуре болезней системы кровообращения. Несмотря на многочисленные исследования по патогенному воздействию заболевания на психическую сферу человека и причинно-следственные отношения между соматическими и психическими аспектами ИБС, очевидна необходимость уточнения ряда нерешенных вопросов о половозрастных различиях психологических факторов риска, провоцирующих развитие и течение ИБС.

Цель работы — изучение психологических и поведенческих факторов, обнаруживающих связь с возникновением и течением ИБС в половозрастном аспекте.

Материалы и методы. На стационарном этапе при включении в исследование учитывались жалобы пациента, следовал сбор анамнеза, объективное исследование. Верификация соматического диагноза и формирование представления об объективном состоянии пациентов выполнена с помощью клинико-лабораторных и инструментальных методов, клинической беседы, эмпирических методов с использованием следующих методов: тест «Перцептивная оценка типа стрессоустойчивости» [1], шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера — Ханина; госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS; опросника депрессии Бека [2]. Верификация клинического диагноза проводилась в соответствии с диагностическими критериями и критериями риска в Республике Беларусь [3]. Первым этапом обследования являлось изучение истории болезни пациента с целью выяснения клинического диагноза, особенностей и длительности течения заболевания, сопутствующих заболеваний, анамнестических данных. Применялись стандартные методы вариационной статистики с определением достоверности различий ($p < 0,05$) с помощью пакета «Statistica 6.0». Первичная обработка и качественный анализ эмпирических данных осуществлялись посредством использования методов элементарной математической статистики: в каждой группе испытуемых по каждой из диагностических шкал непробитивных методик подсчитывались средние значения показателей. Для выбора адекватных методов при последующем анализе эмпирических данных была проведена проверка нормальности количественных шкал. При этом сравнивались три меры центральной тенденции: средняя арифметическая (M), медиана (Me) и мода (Mo) и критерии проверки нормальности: критерий Колмогорова–Смирнова (K-S) и Лиллифорса (Lilliefors) При проведении дифференциально-психологического анализа количественных переменных использовался непараметрический U-критерий Манна–Уитни, который применялся для выявления различий между двумя группами у переменных без нормальности распределения. Использовался непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмена (rs), который был применен для оценки связей между следующими количественными переменными: стрессоустойчивостью, реактивной тревожностью, личностной тревожностью, госпитальной тревожностью, госпитальной депрессией [4, 5].

Результаты и их обсуждение. В исследовании приняло участие 59 человек, у которых в анамнезе имелась ИБС (стенокардия напряжения (СН), функциональный класс (ФК) 1–2 (клинически), перенесенный в прошлом инфаркт миокарда (ИМ), атеросклеротический кардиосклероз, суправентрикулярные нарушения ритма, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) 1–2Б стадии во время компенсации). Возраст участников составил от 60 до 75 лет, пациенты были разделены на группы в зависимости от гендерного аспекта и клинической формы ИБС. Согласно данным, в общей выборке и соответственно по группам: средний возраст всех участвующих в скрининге составил $67,2 \pm 3,7$ года ($p > 0,05$); в группах достоверных различий ($p > 0,05$) в числе пациентов нет; достоверных различий ($p > 0,05$) в возрасте всех обследованных женщин ($67,2 \pm 4,3$ лет) и мужчин ($68,1 \pm 3,5$ лет) не было.

Таким образом, в 1-ю группу вошли 29 мужчин, во 2-ю группу — 30 женщин. Из всех пациентов мужского пола: 10 имели диагноз СН, 4 перенесли в прошлом ИМ, 12 имели нарушения ритма, у всех пациентов присутствовали атеросклеротический кардиосклероз и артериальная гипертензия 1–2 стадии. В группе женщин: 15 имели диагноз СН, 5 перенесли ИМ, 7 имели нарушения ритма, у всех пациентов присутствовали атеросклеротический кардиосклероз и артериальная гипертензия 1–2 стадии. При статистической достоверности различий ($p < 0,0001$) в группах не отмечено.

Далее представлена общая характеристика выборки исследования: достоверных различий ($p > 0,05$) в образовательном уровне в группах не было. То же наблюдается и при наличии жилищных условий пациентов: достоверных различий ($p > 0,05$) не было. Группы имели различия, носящие статистически достоверный характер, по семейному фактору. Число не состоящих в браке мужчин было больше по сравнению с группой женщин. Эти различия имели статистически достоверный характер ($p < 0,05$). Мужчины имели детей достоверно реже по сравнению с женщинами ($p < 0,05$). Материальное положение: женщин, имеющих высокий материальный статус, меньше по сравнению с группой мужчин. Эти различия имели статистически достоверный характер и по низкому и среднему статусам ($p < 0,05$).

Далее изучались факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания, стрессы и эмоциональные нагрузки, вредные привычки. При статистической достоверности различий ($p < 0,05$) по общей выборке: установлена достоверно более высокая степень стрессовой нагрузки, в группе женщин она составляла 80,4 % против 46,9 % в группе мужчин ($p < 0,05$); установлен достоверно высокий факт вредных привычек: 51,6 % в группе женщин против 67,3 % у мужчин ($p < 0,05$); установлено достоверное преобладание наследственной предрасположенности в группе женщин (40,2 %) по сравнению с группой мужчин (26,8 %) ($p < 0,05$).

По данным анализа прослежена осведомленность пациентов общей выборки о некоторых биологических параметрах (артериальное давление, общий холестерин, глюкоза). При этом при достоверных различиях выявлены закономерности и факторы риска, принимающие весомое участие в динамике ИБС как по гендерному фактору ($p < 0,05$), так и среди группы ($p < 0,05$). При анализе полученных результатов не выявлено существенных различий ($p > 0,05$) осведомленности пациентов в сравниваемых группах об уровне артериального давления. В то же время частота осведомленности об уровне холестерина и глюкозы крови достоверно различалась в 2–3 раза ($p < 0,05$). Выявленные закономерности аналогичны как среди опрошенных мужчин, так и среди женщин общей выборки ($p < 0,05$).

При анализе полученных результатов в общей выборке выявлено, что о факторах риска своего заболевания знали 59,6 % пациентов. В то же время, очевидно, что в гендерном аспекте группы имеют различия о факторах риска и профилактике своего заболевания знали 65,3 % женщин и 49,8 % мужчин ($p < 0,05$); знали, но не верили: мужчин — 20,7 % и 27,4 % женщин ($p > 0,05$); верили, но не соблюдали рекомендации: 28,1 % мужчин и 38,3 % женщин ($p < 0,05$); не знали и не верят в эффективность соблюдения рекомендаций: 90,1 % мужчин и 32,3 % женщин ($p < 0,05$).

Следующим этапом обследования являлась оценка исходного уровня социально-психического стресса и особенности эмоционального реагирования пациентов на болезнь и на свое состояние. Особенности психодиагностического исследования определялись условиями его проведения, характерными для стационарного режима. Исследование осуществлялось в первый или второй день поступления пациента в стационар; использовались следующие методики: оценка личностной и ситуативной тревожности, определение уровня депрессии и устойчивости пациента к стрессу. Задача оценки эмоционального реагирования как предположительно влияющего на отношение к своей болезни реализовывалась в первые два дня поступления пациента в стационар. Выбор указанного периода обусловлен тем, что у пациента в данный период можно наблюдать всю гамму эмоциональных проявлений. Во-первых, он оторван от привычного окружения и остается как бы один на один с болезнью. Во-вторых, прошло время паники, и пациент с большей достоверностью может рассказать о своих чувствах. В-третьих, это период, когда перед ним стоит нелегкая задача пройти весь объем лечения.

Первичная обработка и качественный анализ эмпирических данных осуществлялись посредством использования методов элементарной математической статистики: в каждой группе испытуемых по каждой из диагностических шкал непроективных методик подсчитывались средние значения показателей [4, 5].

При сравнительном анализе значений теста «Оценка типа стрессоустойчивости» по гендерному фактору выявлены достоверно более высокие значения ($U = 125,5$; $p = 0,0439$) в группе женщин, что указывает на их меньшую стрессоустойчивость. Для более углубленного изучения данной психологической характеристики был проведен анализ различий по типам стрессоустойчивости. В группе женщин тип А встречается в 20 %, в то время как данная характеристика в группе мужчин вообще не отмечалась. Это различие по гендерному фактору является достоверным ($\lambda^2 = 7,56$; $p = 0,0228$). Кроме того, отмечается достоверно более низкая частота в указанной группе склонности к типу Б. Таким образом, по данным теста «Перцептивная оценка типа стрессоустойчивости» по гендерному фактору можно сказать, что в группе женщин лица с низкой стрессоустойчивостью (чистый тип А) встречаются в 20 %, тогда как в группе мужчин такой тип стрессоустойчивости не встречается; в группе женщин лица со склонностью к типу А встречаются в 60 % случаев, тогда как в группе мужчин — в 55 %; лица со склонностью к типу Б (высокая стрессоустойчивость) встречаются в группе женщин всего в 20 %, тогда как в группе мужчин — в 45 %. Таким образом, обнаружены достоверные различия по гендерному фактору. Психика больных женщин характеризуется

достоверно более низкими значениями по стрессоустойчивости и более высокими количественными значениями со склонностью к типу А. Люди такого типа характеризуются стремлением к конкуренции, достижению цели, обычно бывают не удовлетворены собой и обстоятельствами и начинают рваться к новой цели. Часто они проявляют агрессивность, нетерпеливость, гиперактивность, у них быстрая речь, постоянное напряжение лицевой мускулатуры. Мужчин в данной выборке можно назвать стрессоустойчивыми.

В результате интерпретации данных по шкале самооценки уровня тревожности Спилберга — Ханина: достоверных различий по шкалам тревожности по гендерному фактору не выявлено. Этот результат подтверждается и процентным анализом частоты уровней тревожности, достоверных различий в уровнях проявления реактивной и личностной тревожности в данной выборке по гендерному фактору не выявлено.

При сравнительном анализе значений показателей шкал теста «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)» достоверных различий в этих показателях по гендерному фактору выявлено не было. Однако результаты анализа по уровням госпитальной тревожности позволили выявить достоверно большую частоту субклинического уровня тревожности, равную 45 % в группе женщин, по сравнению с 15 % в группе мужчин. Возрастные особенности распространенности субклинической формы тревоги среди мужчин и женщин имеют ряд специфических особенностей. Так, распространенность субклинической формы тревоги у мужчин с учетом возрастных градаций имеет значимые статистические различия, связанные с динамическим спадом, достигая минимума в возрастной группе 67 лет и старше. В то же время распространенность клинической формы тревоги у мужчин имеет четко выраженные особенности, связанные с динамическим ростом, достигая максимума в возрастной группе 67 лет и старше. Отмеченное указывает, что клиническая форма тревоги является характерным патогенетическим признаком ИБС, тогда как субклиническая форма характерна лишь для возрастной группы 67 лет и старше. Данные указывают, что среди женщин и субклиническая и клиническая формы тревоги имеют четко выраженные особенности, связанные с динамическим ростом, достигая максимума в возрастной группе 67 лет и старше. Можно считать, что тревога у женщин является составляющей частью синдрома ИБС.

Рассматривая возрастные особенности распространенности субклинической формы депрессии по итогам исследования, можно отметить, что среди мужчин субклинические формы имеют статистически значимые различия в возрастных группах, причем и у мужчин резкий подъем доли лиц с депрессией приходится на возрастную группу 64–66 лет. В женской группе данные указывают, что и субклиническая и клиническая формы депрессии имеют четко выраженные особенности, связанные с динамическим ростом, достигая максимума в возрастной группе 67 лет и старше. Рассматривая возрастные особенности распространенности субклинической формы депрессии по итогам исследования, можно отметить, что среди женщин формы имеют статистически значимые различия в возрастных группах, причем и у женщин резкий подъем доли лиц с депрессией приходится на возрастную группу 67 лет и старше.

Далее были проанализированы некоторые причины развития депрессии в общей выборке. Для этого использовался непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s), который был применен для оценки связей между следующими количественными переменными: стрессоустойчивостью, реактивной тревожностью, личностной тревожностью, госпитальной тревожностью, госпитальной депрессией, т. е. согласно системно-структурному принципу психологических исследований изменение взаимосвязей между психологическими показателями может предшествовать изменениям отдельных переменных.

Результаты корреляционного анализа, проведенного в группе мужчин, показывают, что в этой группе существует единственная достоверная корреляционная связь между личностной и госпитальной тревожностью ($r_s = 0,65$; $p = 0,0021$).

А в результате корреляционного анализа, проведенного в группе женщин, выявлено наличие еще пяти корреляционных связей: между реактивной и личностной тревожностью ($r_s = 0,57$; $p = 0,0086$); реактивной и госпитальной тревожностью ($r_s = 0,57$; $p = 0,0086$); реактивной тревожностью и госпитальной депрессией ($r_s = 0,60$; $p = 0,0050$); личностной тревожностью и госпитальной депрессией ($r_s = 0,61$; $p = 0,0040$); госпитальной тревожностью и депрессией ($r_s = 0,67$; $p = 0,0012$).

Заключение.

• Тревога и депрессия имеют значительную распространенность у пациентов с АГ и ИБС, являясь одной из форм дезадаптивного поведения. В группе мужчин существует достоверная корреляционная связь между личностной и госпитальной тревожностью ($r_s = 0,65$; $p = 0,0021$). В группе женщин выявлены корреляционные связи между: реактивной и личностной тревожностью ($r_s = 0,57$; $p = 0,0086$); реактивной и госпитальной тревожностью ($r_s = 0,57$; $p = 0,0086$); реактивной тревожностью и госпитальной депрессией ($r_s = 0,60$; $p = 0,0050$); личностной тревожностью и госпитальной депрессией ($r_s = 0,61$; $p = 0,0040$); госпитальной тревожностью и депрессией ($r_s = 0,67$; $p = 0,0012$). Усиление структуры функциональных связей между исследованными показателями может быть объяснено повышением воздействия на психику заболевания, которое существенно изменяет социальные возможности этой категории лиц.

• Установлено, что немаловажное значение в плане развития тревожно-депрессивных расстройств в общей выборке имеют ($p < 0,05$): тяжелые болезни родных (мужчины — 55 %, женщины — 52 %), особенно онкологические заболевания, а также смерть близких (мужчины — 57 %, женщины — 44 %) и одиночество (мужчины — 44 %, женщины — 40 %).

• Установлено, что факторами риска, которые обуславливают развитие и течение ИБС в выборке, являются ($p < 0,05$): низкий уровень доходов (мужчины — 55 %, женщины — 65 %); низкий уровень поддержки в семье (мужчины — 60 %, женщины — 56 %); социальная изоляция (55 % — мужчины, 44 % — женщины); низкая физическая активность (мужчины — 44 %, женщины — 40 %).

Подводя итоги анализа результатов проведенного исследования, можно отметить, что психика больных женщин характеризуется достоверно более высокими количественными значениями теста «Оценка типа стрессоустойчивости» с увеличением частоты реагирования на стресс по типу А (различие по гендерному фактору является достоверным ($\lambda_2 = 7,56$; $p = 0,0228$) и более частым развитием субклинической формы госпитальной тревожности (45 % в группе женщин против 15 % в группе мужчин, $p < 0,05$).

Литература

1. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. — М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. — С. 248–249.
2. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: Новейший справочник / И. Г. Малкина-Пых. — М.: ЭКСМО; СПб., 2003. — С. 55–58, 96–98.
3. Об утверждении некоторых клинических протоколов диагностики и лечения заболеваний системы кровообращения: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 6 июня 2017 г. № 59.
4. Lilliefors, H. On the Kolmogorov–Smirnov test for normality with mean and variance unknown / H. Lilliefors // J. Am. Stat. Ass. — 1967. — Vol. 62, № 318. — P. 399–402.
5. Лемешко Б. Ю. Модели распределений статистик непараметрических критериев согласия при проверке сложных гипотез с использованием оценок максимального правдоподобия. Ч. I / Б. Ю. Лемешко, С. Б. Лемешко // Измерительная техника. — 2009. — № 6. — С. 3–11.

RISK MARKERS THAT DETERMINE THE DEVELOPMENT AND COURSE OF ISCHEMIC HEART DISEASE IN THE AGE AND GENDER ASPECT

Polyakova E. O., Gorbach T. L., Kozlovskaya A. I.

Educational Establishment “The Belarusian State Medical University”, Minsk, Republic of Belarus

A study of patients suffering from ischemic heart disease (IHD) of various clinical forms allowed to more fully study the psychological factors, phenomena and mechanisms acting on different levels of mental response in the gender and age areas, which will optimize the process of complex treatment. Nevertheless, anxiety and depression are insufficiently detectable by general practitioners, which confirms the relevance of the study.

Keywords: anxiety, depression, circulatory system diseases (CSD).