

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ФАКТОРЫ РИСКА, КАК МАРКЕРЫ, КОТОРЫЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

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

Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра пропедевтики внутренних болезней
г. Минск

Ключевые слова: гендер, тревога, депрессия, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ).

Резюме: данная статья посвящена изучению психологических и поведенческих индикаторов, которые определяют возникновение, течение и прогноз ИБС в гендерном аспекте на стационарном этапе.

Resume: this article is devoted to identifying the relationship between the level of somatic anxiety and the course and prognosis of cardiac patients who do not have chronic somatic diseases and diseases of the nervous system.

Актуальность. На настоящий день весьма видима тенденция роста доли ишемической болезни сердца (ИБС) в структуре болезней системы кровообращения. Невзирая на массовые исследования патогенного действия заболевания на психическую сферу человека и причинно-следственные связи между соматическими и психическими аспектами ИБС, необходимость уточнения вопросов о различиях в гендерном аспекте психологических факторов риска, обуславливающих развитие, течение и прогноз ИБС на стационарном этапе остается приоритетной [3,4,5,7,8,9].

Цель: изучить психологические и поведенческие индикаторы, определяющие возникновение, течение и прогноз ИБС в гендерном аспекте.

Материалы и методы. Учитывались жалобы пациента при поступлении, сбор анамнеза жизни и заболевания, применялись физикальные методы обследования для верификации соматического диагноза и формирования представления об объективном состоянии участников. Изучалась история болезни пациентов, включая лабораторно-инструментальные методы исследования, с целью выяснения клинического диагноза, особенностей и длительности течения основного заболевания, наличия сопутствующей патологии и прочих анамнестических данных. Использовались эмпирические методы: тест «Перцептивная оценка типа стрессоустойчивости»; шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера – Ханина; госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS; опросник депрессии Бека [1,2,5,6,8].

Единую выборку составили 59 человек в возрасте 60-75 лет, имеющие в анамнезе ИБС (стенокардия напряжения (СН) ФК 1-2 (клинически), перенесенный в прошлом инфаркт миокарда (ИМ), атеросклеротический кардиосклероз, суправентрикулярные нарушения ритма, ХСН 1-2Б стадии во время компенсации). Все пациенты были разделены на две подгруппы в зависимости от клинической формы ИБС половозрастного аспекта. В общей выборке и соответственно по подгруппам, средний возраст участвующих в скрининге составил $67,2 \pm 3,7$ лет, в

группах достоверных различий в количестве пациентов, возрасте всех обследованных женщин ($67,2 \pm 4,3$ лет) и мужчин ($68,09 \pm 3,5$ лет) не было ($p > 0,05$).

В подгруппу 1 вошли 29 мужчин: СН (10 пациентов), перенесенный в прошлом ИМ (4 пациента), суправентрикулярные нарушения ритма (7 пациентов). У всех пациентов присутствовал атеросклеротический кардиосклероз и артериальная гипертензия (АГ) 1-2 степени.

В подгруппу 2 вошли 30 женщин: СН была у 15 пациенток, перенесенный в прошлом ИМ у 5 пациенток, суправентрикулярные нарушения ритма у 7 пациенток. У всех женщин присутствовал атеросклеротический кардиосклероз и АГ 1-2 степени. Половозрастных различий в группах нет ($p > 0,05$).

По разработанной анкете среди участников исследования проведен опрос на предмет выявления сведений об образовании, семейном статусе, наличии детей, материального положения, жилищных условий, психических заболеваний в семье и зависимости от алкоголя членов семьи [5,7].

Достоверных гендерных различий в образовательном уровне и жилищных условиях в подгруппах не выявлено ($p > 0,05$). Достоверные гендерные различия выявлены по следующим позициям ($p > 0,05$): количество не состоящих в браке мужчин было больше по сравнению с группой женщин; мужчины имели детей реже по сравнению с женщинами; группа женщин, у которых был высокий материальный статус, оказалась меньше по сравнению с группой мужчин.

Изучались факторы риска ССЗ: наследственность, перенесенные и сопутствующие заболевания, стрессы и эмоциональные нагрузки, вредные привычки. Установлены достоверные различия по факторам риска в гендерном аспекте: более высокая степень стрессовой нагрузки в подгруппе женщин (80,37% против 46,9% группы мужчин); у женщин установлен факт вредных привычек (51,58% против 67,27% у мужчин); выявлено преобладание наследственной предрасположенности в подгруппе женщин (40,17% по сравнению с мужчинами - 26,79%) ($p > 0,05$).

Выявлена осведомленность пациентов о некоторых биологических параметрах. При достоверных различиях ($p < 0,05$) выявлены закономерности и факторы риска, которые принимают весомое участие в динамике ИБС, как по гендерному фактору, так и среди единой группы. Так, не выявлено существенных различий осведомленности пациентов в сравниваемых подгруппах об уровне артериального давления; частота осведомленности об уровне общего холестерина и глюкозы крови достоверно различалась в 2-3 раза ($p < 0,05$). При анализе данных в единой выборке выявлено, что о факторах риска своего заболевания знали 59,58% респондентов. В гендерном аспекте подгруппы имеют различия ($p < 0,05$): о факторах риска и профилактике своего заболевания знали 65,29% женщин и 49,78% мужчин; знали, но не верили 20,69%, мужчин и 27,47% женщины; верили, но не соблюдали рекомендации 28,09% мужчин и 38,3% женщин; не знали и не верили в эффективность соблюдения рекомендаций 90,09% мужчин и 32,27%.

На следующем этапе диагностировался исходный уровень социального и психического стресса, особенности эмоционального реагирования участников исследования на болезнь и на свое состояние. Задача оценки эмоционального реагирования проводилась в первые два дня поступления пациента в стационар. У респондента в данный период наблюдалась вся гамма эмоциональных проявлений,

обусловленная отдаленностью пациента от привычного окружения, застреванием пациента на своей болезни и предстоящим ходом лечения. В тоже время, первый пик паники снижается, и пациент с большей достоверностью рассказывает о своем самочувствии.

При сравнительном анализе теста «Оценка типа стрессоустойчивости» по половозрастному фактору выявлено достоверно более высокие значения в подгруппе женщин, что указывает на их меньшую стрессоустойчивость ($U=125.489$; $p=0.0438$). Далее был проведен анализ различий по типам стрессоустойчивости. Было выявлено, что в подгруппе женщин тип А встречается в 20,01%, в то время как данная характеристика в группе мужчин вообще не отмечалась. Это различие по гендерному фактору является достоверным ($\lambda^2 = 7,56$; $p = 0,0228$). В указанной группе отмечается достоверно более низкая частота склонности к типу Б. Аналитические данные теста свидетельствуют о том, что по гендерному фактору в подгруппе женщин лица с низкой стрессоустойчивостью (чистый тип А) встречаются на уровне 20,02%, тогда как в подгруппе мужчин такой тип стрессоустойчивости вовсе не встречается. Далее, в подгруппе женщин лица со склонностью к типу А встречаются в 59,89% случаев, при этом в подгруппе мужчин таких пациентов 55,06%. Лица со склонностью к типу Б (высокая стрессоустойчивость) встречаются в подгруппе женщин всего в 19,88%, тогда как в подгруппе мужчин таких пациентов - 44,89%. Таким образом, обнаружены достоверные различия в гендерном аспекте. Эмпирические данные свидетельствуют о том, что психика женщин, страдающих ИБС, характеризуется достоверно более низкими значениями стрессоустойчивости и более высокими количественными значениями склонности к типу А. Мужчин в данной выборке можно назвать как стрессоустойчивыми.

При изучении данных по шкале самооценки уровня тревожности Спилбергера–Ханина, достоверных отличий по шкалам тревожности по гендерному фактору не выявлено ($p < 0,05$). Этот результат подтверждается и процентным анализом частоты уровней тревожности. При анализе уровня реактивной тревожности в подгруппе мужчин низко-тревожных оказались 5,04% испытуемых, умеренно-тревожных – 49,68%, высоко-тревожных – 44,98%. В подгруппе женщин: низко-тревожных – 4,99% испытуемых, умеренно-тревожных – 54,11%, высоко-тревожных – 39,97%. При изучении личностной тревожности выявлено: умеренно-тревожных – 55,01% мужчин и 44,99% женщин, высоко-тревожных – 45,03% мужчин и 54,97% женщин. Таким образом, достоверных отличий в уровнях таких маркеров, как проявление реактивной и личностной тревожности в единой выборке по гендерному фактору не выявлено ($p < 0,05$).

Далее изучались показатели госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), и при сравнительном анализе значений показателей шкал опросника, достоверных отличий по гендерному фактору не выявлено ($p < 0,05$). Результаты анализа по уровням госпитальной тревожности позволили выявить достоверно большую частоту субклинического уровня тревожности, равную 44,77% в подгруппе женщин, по сравнению с 14,87% в подгруппе мужчин ($p < 0,05$).

Как показало эмпирическое исследование, возрастные особенности распространенности субклинической формы тревоги среди мужчин и женщин имеют ряд специфических особенностей: распространенность субклинической формы

тревоги у мужчин с учетом возрастных градаций имеет значимые статистические различия, связанные с динамическим спадом и достигая минимума в возрастной группе 67 лет и старше. Распространенность клинической формы тревоги у мужчин имеет четко выраженные особенности, связанные с динамическим ростом и достигая максимума в возрастной группе 67 и старше. Клиническая форма тревоги является характерным патогенетическим признаком ИБС, тогда как субклиническая форма – лишь для возрастной группы 67 лет и старше. Среди женщин: субклиническая и клиническая форма тревоги имеют четко выраженные особенности, связанные с динамическим ростом, достигая максимума в возрастной группе 67 лет и старше (тревога у женщин является составляющей частью синдрома ИБС).

Изучая возрастные особенности распространенности субклинической формы депрессии, 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 в 64-66 лет. В женской подгруппе: и субклиническая и клиническая форма депрессии имеют четко выраженные особенности, связанные с динамическим ростом и достигая максимума в возрастной группе 67 лет и старше. Среди женщин формы имеют статистически значимые различия в возрастных подгруппах, причем и у женщин резкий подъем доли лиц с депрессией приходится на возрастную группу в 67 лет и старше.

Были проанализированы некоторые причины развития депрессии в общей выборке (корреляционный анализ взаимосвязи исследованных переменных в сравниваемых группах). Использовался непараметрический коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r_s), для оценки связей между следующими количественными переменными: стрессоустойчивостью, реактивной тревожностью, личностной тревожностью, госпитальной тревожностью, госпитальной депрессией. Изменение взаимосвязей между психологическими показателями может предшествовать изменениям отдельных переменных.

Результаты корреляционного анализа в подгруппе мужчин показывают, что в этой подгруппе существует единственная достоверная корреляционная связь между личностной и госпитальной тревожностью ($r_s=0,65$; $p=0,0021$). В подгруппе 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 ($r_s=0,60$; $p=0,0050$); между личностной тревожностью и госпитальной депрессией ($r_s=0,61$; $p=0,0040$); между госпитальной тревожностью и госпитальной депрессией ($r_s=0,67$; $p=0,0012$).

Выводы. Установлено, что тревога и депрессия имеют значительную распространенность у пациентов с АГ и ИБС, являясь одной из форм дезадаптивного поведения. Немаловажное значение в плане развития тревожно-депрессивных расстройств в единой выборке имеют тяжелые болезни родственников, особенно онкологические заболевания, а также смерть близких и одиночество. Факторами риска, определяющими развитие и течение ИБС в выборке, являются: низкий уровень доходов; низкий уровень поддержки в семье; социальная изоляция; низкая физическая активность.

Психика больных женщин характеризуется достоверно более высокими количественными значениями теста "Оценка типа стрессоустойчивости", с увеличением частоты реагирования на стресс по типу А, и более частым развитием субклинической формы госпитальной тревожности. Установлено усиление структуры функциональных связей между исследованными индикаторами у больных женщин, обусловленное усилением воздействия на психику заболевания, существенно изменяющее социальные возможности данной категории лиц.

Литература

1. Аведисова А.С., Александровский Ю.А. Тревожные расстройства / Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. - М.: ГЕОТАР-МЕД, 2004. С. 66–73.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Психологическая диагностика отношения к болезни (ТОБОЛ). Методическое пособие. СПб.: НИИ им. Бехтерева, 2005. - 33с.
3. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьба с ними. - Женева: ВОЗ, 2013. - 155 с.
4. Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Изучение влияния стресса на риск артериальной гипертензии в открытой популяции среди мужчин 25-64 лет (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA — PSYCHOSOCIAL»). Артериальная гипертензия. 2013; 19(1). С. 27-31.
5. Кононов А.Н. Исследование феномена тревоги и личностной тревожности у больных с кардиологическими заболеваниями различной этиологии // Проблема личности в контексте современной социальной ситуации развития детей, подростков и молодежи: Сборник материалов Междун. научно-практ. конф. X Левитовские чтения. 22–23 апреля 2015 г. / Моск. гос. обл. ун-т. М.: ИИУ МГОУ. 2015. С. 160–164.
6. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник. – СПб.: ЭКСМО, 2003. С. 55-58, 96-98.
7. Особенности распространенности психогенных факторов риска среди больных артериальной гипертензией различных степеней по критериям доказательной медицины / Фишман Б.Б., Кочанов И.Н., Хорошевская А.И., Бобырь М.А., Шамиладзе Д.А., Фоменко Л.А., Костыркина В.В., Евстюхина Ю.О. // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014. Т. 0. № 2. С. 184–189.
8. Царёв В. П. Артериальные гипертензии: эссенциальные и симптоматические / С.С Казаков, Т.Т. Копать. – Минск: БГМУ, 2011 – 28 с.
9. Широков Е.А. Инсульт, инфаркт, внезапная смерть: теория сосудистых катастроф. М.: Изд-во Кворум, 2010. -240 с.