

Астения как актуальная проблема здоровья женщин с непсихотическими психическими расстройствами: возрастной аспект

Белокрылова М.Ф.^{1,2}, Гарганеева Н.П.^{1,2}, Никитина В.Б.¹, Епанчинцева Е.М.¹

¹ Научно-исследовательский институт (НИИ) психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр (НИМЦ), Российской академии наук
Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4

² Сибирский государственный медицинский университет (СибГМУ)
Россия, 634050, г. Томск, Московский тракт, 2

РЕЗЮМЕ

Цель исследования – изучение клинических проявлений астении и субъективного благополучия у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40–65 лет.

Материалы и методы. Проведено сплошное обследование 204 женщин в возрасте 40–65 лет, поступивших в течение 1 года на лечение по поводу непсихотических психических расстройств. Данные о клинических проявлениях астении дополнялись ранговой оценкой пациентами утомляемости и настроения, определением выраженности астении с помощью субъективной Шкалы оценки астении MFI-20; расчетом менопаузального индекса Купермана; оценкой эмоционального компонента благополучия по Шкале субъективного благополучия. При статистической обработке использовались методы описательной статистики, непараметрической статистики (для сравнения независимых выборок – критерий Краскела – Уоллиса, *U*-критерий Манна – Уитни; для выявления взаимосвязи признаков – корреляционный анализ по Спирмену).

Результаты. Структура выявленных расстройств включала невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40-49) – 67,6%; 27,0% – органические непсихотические расстройства (F06.4; F06.6); 5,4% – аффективные расстройства (F34.1). Органическое астеническое расстройство было также вторым диагнозом у 69 пациенток. Жалобы на утомляемость предъявили 196 женщин. Пациентки с жалобами на постоянную утомляемость значимо чаще отмечали головную боль, раздражительность, сниженное настроение, пессимистические мысли, сонливость, приступы удушья. Выявленный у них низкий уровень субъективного благополучия коррелировал с более высокими показателями астении по субшкалам MFI-20, кроме субшкалы «Снижение мотивации».

У женщин с астеническим синдромом показатели по всем субшкалам MFI-20 были ниже, чем у пациентов с депрессивным синдромом. Выявлен меньший уровень субъективного благополучия у пациенток с депрессивным, тревожно-депрессивным и тревожно-фобическим синдромами, которые отличались и более выраженными проявлениями астении.

Заключение. Сопряженность и взаимодополняемость использованных в исследовании шкал позволяют измерить как астению, так и ассоциированные с ней эмоциональное состояние и субъективное благополучие женщин с непсихотическими психическими расстройствами.

Ключевые слова: астения, непсихотические психические расстройства, менопауза, женщины.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Финансирование в рамках темы НИР, номер госрегистрации АААА-А19-119020690013-2.

✉ Белокрылова Маргарита Федоровна, e-mail: belmf@yandex.ru.

Соответствие принципам этики. Все пациенты подписали письменное информированное согласие. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 99 от 17.04.2017).

Для цитирования: Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П., Никитина В.Б., Епанчинцева Е.М. Астения как актуальная проблема здоровья женщин с непсихотическими психическими расстройствами: возрастной аспект. *Бюллетень сибирской медицины*. 2020; 19 (1): 21–28. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-1-21-28>.

Asthenia as a pressing health issue FOR women with non-psychotic mental disorders: age perspective

Belokrylova M.F.^{1,2}, Garganeeva N.P.^{1,2}, Nikitina V.B.¹, Epanchintseva E.M.¹

¹ *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (NRMC) of the Russian Academy of Sciences*

4, Aleutskaya Str., Tomsk, 634014, Russian Federation

² *Siberian State Medical University (SSMU)*

2, Moscow Trakt, Tomsk, 634050, Russian Federation

ABSTRACT

The aim of the study was to investigate the clinical phenomena of asthenia and subjective well-being of women aged 40–65 with non-psychotic mental disorders.

Materials and methods. A complete examination of 204 women aged 40–65 who received treatment for non-psychotic mental disorders within 1 year has been conducted. The data on the clinical phenomena of asthenia were supplemented by patients' rank assessment of fatigue and mood, determination of asthenia severity using the Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20), a calculation of the Kupperman menopausal index, and an assessment of the emotional component of well-being on the subjective well-being scale. For statistical processing, the methods of descriptive statistics and non-parametric statistics were used (for comparing independent samples – the Kruskal–Wallis criterion and Mann–Whitney *U*-criterion were applied; for identifying the connection of signs – Spearman rank correlation was used).

Results. The profile of the identified disorders included neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40-49) – 67.7%, organic non-psychotic disorders (F06.4; F06.6) – 27.0%, and affective disorders (F34.1) – 5.4%. The organic asthenic disorder was also the second most frequent diagnosis among 69 patients. 196 women complained of fatigue. Patients with complaints of constant fatigue were significantly more likely to report headache, irritability, low mood, pessimistic thoughts, drowsiness, and asthma attacks. Their low level of subjective well-being correlated with higher rates of asthenia on MFI-20 subscales, except for the “Reduced Motivation” subscale.

The rates for all MFI-20 subscales among women with asthenic syndrome were lower than for patients with the depressive syndrome. A lower level of subjective well-being was revealed in patients with depressive, anxiety-depressive and anxiety-phobic syndromes, which differed by more pronounced manifestations of asthenia.

Conclusion. The conjugation and complementarity of the scales used in the study made it possible to measure both asthenia and the emotional state and subjective well-being of women with non-psychotic mental disorders associated with it.

Key words: asthenia, non-psychotic mental disorders, menopause, women.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Source of financing. The study was performed as a part of the R&D topic, registration number AAAA-A19-119020690013-2.

Conformity with the principles of ethics. All patients signed a written informed consent. The study was approved by the local Ethics Committee at Mental Health Research Institute of Tomsk NRMС (Protocol No. 99 of 17.04.2017).

For citation: Belokrylova M.F., Garganeeva N.P., Nikitina V.B., Epanchintseva E.M. Asthenia as a pressing health issue FOR women with non-psychotic mental disorders: age perspective. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2020; 19 (1): 21–28. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2020-1-21-28>.

ВВЕДЕНИЕ

Астения является неспецифическим состоянием, широко представленным как в психиатрической практике, так и в клинике внутренних болезней с частотой в популяции от 12–18%, на приеме у врачей общей практики – 20–25% [1]. Повышенная утомляемость наблюдается при многих психических расстройствах и соматических заболеваниях, выявляемых у женщин в период пери- и постменопаузы. В возрастной промежуток 40–65 лет, определяющий состояние здоровья на последующие годы, важны оценка абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска по Европейской шкале SCORE, выявление заболеваний и состояний, усиливающих риск кардиоваскулярных осложнений. В фокусе внимания исследователей такие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, как ожирение, артериальная гипертония, дислипидемия, инсулинорезистентность, сахарный диабет и др. [2], изучаются биомаркеры кардиоваскулярных заболеваний [3], влияние тиреоидных гормонов [4].

Отечественные кардиологи констатируют значительные ограничения трудоспособности вследствие «сочетанных кардиометаболических проблем» у женщин к 60 годам, которые становятся причиной прекращения трудовой деятельности [5]. Часто встречающимися у женщин в возрасте 45–60 лет названы депрессивное настроение, физическая и психическая усталость, дискомфорт, связанный с болями в мышцах и суставах [6], у китайских женщин 40–60 лет – физическое и психическое истощение (90,3%), дискомфорт в суставах и мышцах (88,5%), раздражительность (78,1%) и проблемы со сном (77,1%) [7]. Польские исследователи обнаружили у 25,5% из 815 здоровых женщин в возрасте 45–60 лет депрессивные симптомы при заполнении опросника Бека (BDI), у 40,6% – тревогу (по данным STAI), их взаимосвязь с бессонницей, проблемами с концентрацией, усталостью и психомоторным «возбуждением» [8]. В литературе отражены многочисленные исследования распространенности и

структуры депрессивных расстройств у женщин в пери- и постменопаузальный периоды [9], описаны характерные для «климактерической депрессии» признаки [10].

Перекрестные симптомы астении и депрессии, такие как слабость, утомляемость, нарушения сна, нередко затрудняют своевременную диагностику, что усугубляется при наличии сопутствующих заболеваний внутренних органов [11]. Психоэмоциональные нарушения, обнаруживаемые у женщин в «период менопаузального перехода» [12] и в постменопаузу, в большинстве случаев сопряжены с симптоматикой коморбидных заболеваний внутренних органов [13] и психопатологическими расстройствами, обусловленными преодолением влияния психосоциальных факторов. Научные работы, реализуемые в данном направлении, ориентированы на восстановление и (или) поддержку энергетических ресурсов женщин, сохранение их работоспособности и улучшение качества жизни.

Цель данного исследования – изучение клинических проявлений астении и субъективного благополучия у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40–65 лет.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе первого клинического психиатрического отделения клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Было проведено сплошное обследование 204 женщин в возрасте 40–65 лет, поступивших в течение 1 года на лечение по поводу непсихотических психических расстройств и подписавших письменное информированное согласие на участие в исследовании. Верификация диагноза текущего психического расстройства осуществлялась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Согласно условиям включения, в группу обследованных вошли пациентки с невротическими, связанными со стрессом, соматоформными расстройствами; органическими непсихотическими расстройствами; аффективными расстройствами (дистимия). Критерии исключения: случаи

верифицированного диагноза шизофрении; наличие признаков деменции; аффективные расстройства (кроме дистимии).

Использовались методы: клинико-психопатологический, физикальный, психологический, клинико-лабораторный, статистический. На каждого пациента заполнялась «Карта комплексной оценки психического и физического здоровья женщины».

Данные о клинических проявлениях астении дополнялись ранговой оценкой пациентами утомляемости и настроения, определением выраженности астении с помощью субъективной Шкалы оценки астении MFI-20 [14]. Результаты отражают пять составляющих (субшкал) астении: общая астения (General Fatigue), физическая астения (Physical Fatigue), пониженная активность (Reduced Activity), снижение мотивации (Reduced Motivation) и психическая астения (Mental Fatigue). Показатели выше 12 баллов по любой из субшкал подтверждали наличие астении; суммарный балл по пяти субшкалам более 60 – клинически выраженную астению.

В ходе исследования проводился сравнительный анализ психопатологических симптомов в группах женщин, разделенных в соответствии с критериями оценки возрастных изменений функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы (этапы старения репродуктивной системы женщин, согласно критериям STRAW+10 (2011)) [12].

Для количественной оценки выраженности климактерического синдрома осуществляли расчет менопаузального индекса Куппермана (Kupperman H.S., 1953, в модификации Е.В. Уваровой, 1982). Индекс массы тела определяли по формуле: масса тела (кг) / рост (м²).

Для измерения эмоционального компонента субъективного благополучия использовалась Шкала субъективного благополучия (Pegudet-Badoux A., Mendelssohn G., Chiche J. (1988) в адаптации М.В. Соколовой (1996)). Среднее значение составляет $5,5 \pm 2,0$. Чем выше данный показатель, тем ниже субъективное благополучие испытуемого.

Статистическую обработку проводили с использованием программы Statistica 8.0. Для оценки непараметрических данных при сравнении независимых выборок применялись критерии Краскала – Уоллиса, Манна – Уитни. Данные представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей $Me (Q_1-Q_3)$. Для выявления взаимосвязи признаков использовался корреляционный анализ по Спирмену (R_s). При анализе

таблиц сопряженности применялся критерий Фишера. Критический уровень значимости при проверке гипотез принимался $p = 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 204 женщин на момент обследования 109 (53,43%) впервые обратились к психиатру, 45 (22,05%) поступили на лечение повторно, 50 (24,5%) имели три и более госпитализаций в анамнезе. Более половины пациенток (55,39%) (113 из 204) отмечали предшествующие данной госпитализации стрессовые ситуации, касающиеся взаимоотношений с супругами, родителями, детьми или проблем на работе.

Среднее специальное образование имели 58,82% (120 человек), 36,76% (75) – высшее, 3,92% (8) – среднее, 1 человек – неоконченное высшее образование. Были замужем 108 женщин (52,94%), одиноки – 88 (43,13%), состояли в отношениях – 8. Продолжали трудовую деятельность 159 человек (77,94%). Из 204 женщин 48 (57,14%) были в периоде постменопаузы. Структура непсихотических психических расстройств в общей группе включала: 47,5% (97 человек) – расстройства адаптации (F43); 27,0% (55) – органические непсихотические расстройства (F06.4; F06.6); 18,6% (38) – другие тревожные расстройства (F41); 5,4% (11) – аффективные расстройства (F34.1); 1,5% (3) – соматоформные расстройства (F45). Вторым диагнозом у 49 женщин с расстройством адаптации и 20 с тревожными расстройствами было органическое астеническое расстройство. Общее число случаев органических расстройств составило 60,8% (124 из 204 женщин). Сопутствующие заболевания внутренних органов: гипертоническая болезнь (преимущественно II стадии) – 75,98% (155/204), болезни щитовидной железы (чаще хронический тиреоидит) – 48,5% (99), болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы – 39,7% (81), болезни суставов (остеоартрозы) – 35,8% (73), болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки – 20,1% (41), синдром раздраженного кишечника – 14,7% (30), болезни печени – 6,4% (13). Обнаружена высокая сочетаемость гипертонической болезни с метаболическими нарушениями углеводного и жирового обменов, сахарный диабет 2-го типа – 5,4% (11), нарушение толерантности к глюкозе – 12,3% (25), ожирение – 37,3% (76) и др.

Жалобы на утомляемость предъявили 196 женщин (96,1%). Головные боли наблюдались в 74,5% случаев (152 пациентки), головокружение – в 60,8% (124), нарушения сна – в 82,4% (168), сон-

ливость – в 48,0% (98). Жалобы на нарушения внимания и памяти составили 51,0% (104), на изменчивость настроения, сниженное настроение – 74,5% (152), пессимистические мысли – 41,2% (84), «приливы жара» – 43,6% (89), приступы удушья – 18,6% (38), повышенную возбудимость, раздражительность – 58,8% (120).

Не выявлено значимых различий в выраженности утомляемости между группами работающих и неработающих, замужних и одиноких, с первичной или повторными госпитализациями, с наличием или отсутствием менопаузы. Выраженность утомляемости не зависела от наличия или отсутствия гипертонической болезни. Не выявлено корреляций между степенью выраженности утомляемости и возрастом на момент обследования, возрастом наступления менопаузы, длительностью менопаузы, индексом массы тела.

При ранжировании выраженности утомляемости 8 женщин (средний возраст 55,0 (48,5–58,0) лет) отрицали наличие данного симптома (группа 0); 32 (53,0 (48,0–56,5) лет) отмечали периодически возникающие состояния утомляемости (группа 1); 80 пациенток (52,0 (45,5–57,0) лет) – часто ощущаемую повышенную утомляемость (группа 2); 84 (52,0 (45,5–57,0) лет) жаловались на постоянную, выраженную утомляемость (группа 3).

Среди множества имеющихся симптомов в клинической картине текущего состояния у пациенток межгрупповые различия по выраженности утомляемости были обнаружены в зависимости от наличия (отсутствия) головной боли ($\chi^2 = 13,98$; $p = 0,002932$). На постоянную утомляемость чаще жаловались пациентки с головной болью ($F = 3,245$; $p = 0,000$). В группе 1 реже встречались жалобы на головную боль (различия с группой 2 подтверждены $\chi^2 = 5,78$; $p = 0,016204$; с группой 3 – $\chi^2 = 7,37$; $p = 0,006615$) и пессимистические мысли (соответственно $\chi^2 = 6,34$; $p = 0,042084$; и $\chi^2 = 11,49$; $p = 0,003204$). Выявлены значимые различия между группами 1 и 3 по частоте жалоб на приступы удушья ($\chi^2 = 5,26$; $p = 0,021827$; $F = 6,555$; $p = 0,000$), сонливость ($\chi^2 = 18,33$; $p = 0,000019$, $F = 19,378$; $p = 0,000$), сниженное настроение ($\chi^2 = 11,38$; $p = 0,009859$), которые также реже встречались в группе 1. По частоте нарушений сна различий между группами не наблюдалось. В группах 2 и 3 частота жалоб на головную боль, снижение настроения, пессимистические мысли, приливы жара и ряд других симптомов не различалась. Но были выявлены различия по частоте приступов удушья ($\chi^2 = 7,27$; $p = 0,006999$; $F = 7,622$; $p = 0,000$),

повышенной возбудимости, раздражительности ($\chi^2 = 6,18$; $p = 0,012906$; $F = 6,260$; $p = 0,000$), сонливости ($\chi^2 = 13,96$; $p = 0,000187$; $F = 14,372$; $p = 0,000$), которые наблюдались чаще в группе 3.

Таким образом, пациенты с жалобами на постоянную утомляемость (группа 3) чаще обнаруживали раздражительность, повышенную возбудимость, сниженное настроение, пессимистические мысли, сонливость, приступы удушья.

Сравнительный анализ показателей субъективного благополучия выявил значимые различия между группой 0 (3,5 (2,0–5,0) баллов) и группами 1 (6,0 (4,0–7,5) баллов), 2 (6,0 (5,0–7,0) баллов) и 3 (7,0 (6,0–8,0) баллов), что подтверждает эмоциональное благополучие пациенток, не испытывающих утомляемости ($p_{0-1} = 0,019645$; $p_{0-2} = 0,004650$; $p_{0-3} = 0,000222$). Значимые различия также определены между группами 1 и 3 ($p = 0,007481$), 2 и 3 ($p = 0,009579$) при отсутствии различий между группами 1 и 2, что косвенно свидетельствует о сходном влиянии на уровень субъективного благополучия «периодически» и «часто» возникающих состояний утомляемости (вероятно, лингвистически недостаточно дифференцируемых пациентками при заполнении опросника). В соответствии с интерпретацией результатов по Шкале субъективного благополучия, более высокие показатели в группе 3 подтверждают низкий уровень субъективного благополучия пациенток с жалобами на постоянную утомляемость.

Обнаружена положительная корреляционная связь показателей по Шкале субъективного благополучия и значения менопаузального индекса ($R_s = 0,37$; $p = 0,000000$), отражающая снижение субъективного благополучия женщин по мере увеличения менопаузального индекса. Выявлены различия между группами 0, 1, 2 и 3. В таблице представлены значения менопаузального индекса в группах пациенток с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40–65 лет с различной выраженностью утомляемости.

При значениях менопаузального индекса 35–58 баллов, которые отмечались у женщин в группах 2 и 3, можно было говорить о средней степени выраженности климактерического синдрома, преобладающими были «вегетативные нарушения».

Выявлена прямая корреляционная связь между показателями по субъективной Шкале оценки астении MFI-20 (далее – MFI-20) и Шкале субъективного благополучия в группе 204 женщин: чем сильнее выражена астения, тем ниже субъективное благополучие пациентки.

Таблица

Значения менопаузального индекса в группах женщин в возрасте 40–65 лет с различной выраженностью утомляемости					
Группа	<i>n</i>	Менопаузальный индекс, <i>Me</i> (Q_1-Q_3)	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>
0	8	16,0 (13,0–25,0)	(0–1) 0,067869	74,00000	–1,82588
			(0–2) 0,005692	129,500	–2,76503
			(0–3) 0,000432	82,00000	–3,51964
1	32	23,5 (21,0–29,0)	(1–2) 0,000134	687,00000	–3,81932
			(1–3) 0,000000	334,50000	–6,23576
2	80	31,0 (25,0–37,0)	(2–3) 0,000004	1957,500	–4,61389
3	84	38,0 (31,5–44,0)			

Примечание. В скобках – группы (0, 1, 2, 3), между значениями в которых указан уровень статистической значимости различий *p*.

Были сопоставлены показатели субшкал MFI-20 и предъявляемые жалобы на утомляемость. Получены статистически значимые корреляции в зависимости от выраженности утомляемости по всем субшкалам, наиболее существенные по суммарному показателю астении ($R_s = 0,47$; $p < 0,001$) и субшкале «Общая астения» ($R_s = 0,53$; $p < 0,001$). В частности, определены средние суммарные показатели астении по MFI-20, составившие в группе 0 36,5 (31,0–41,5) баллов, в группе 1 – 54,0 (48,0–62,0), в группе 2 – 57,0 (49,0–65,0), в группе 3 – 66,0 (59,0–72,0) баллов.

Полученные количественные показатели астении подтвердили отсутствие астении у пациентов в группе 0. В группе 1 наибольшая выраженность астении наблюдалась по субшкале «Общая астения» (усталость). В группе 2 показатели выше 12 баллов отмечены по субшкалам «Общая астения», «Физическая астения» (слабость, в том числе в мышцах, конечностях, усталость, желание отдохнуть), «Пониженная активность». В группе 3 наряду с перечисленными выше получены высокие показатели по субшкале «Психическая астения» (трудности удержания внимания, ухудшение сообразительности и памяти). Во всех группах не отмечено повышения показателей по субшкале «Снижение мотивации», что косвенно свидетельствует о наличии у пациенток планов, желания их реализовывать и получать удовольствие от выполненных дел.

Как оказалось, субъективно оцениваемое от неустойчивости до снижения настроение коррелировало со всеми субшкалами MFI-20. Пациентки, не предъявлявшие жалоб на настроение ($n = 52$), имели низкие показатели по субшкалам по сравнению с остальными женщинами. Значимые различия выявлены между показателями у пациенток, отметивших неустойчивость, изменчивость настроения в течение суток ($n = 77$), и женщин с жалобами на сниженное настроение ($n = 64$) по суммарному уровню астении, по субшкалам

«Пониженная активность» и «Сниженная мотивация», а также пациенток, оценивших свое настроение как «полная апатия» ($n = 11$), по субшкалам «Физическая астения» и «Сниженная мотивация». При этом были определены максимальная выраженность общей, физической, суммарной астении по Шкале MFI-20 и снижение активности у женщин с жалобами на сниженное настроение и апатию. Их же отличали превышающие 12 баллов значения по субшкале «Снижение мотивации», большая частота повышенной возбудимости, раздражительности и сонливости в течение дня, несмотря на отсутствие различий по частоте нарушений сна. Особенностью психического состояния пациенток с жалобами на сниженное настроение в отличие от женщин без таких жалоб было преобладание тревожно-депрессивного (44,0 против 15,4%) и депрессивного (13,3 против 3,9%) синдромов ($\chi^2 = 21,72$; $p = 0,000228$), преимущественно в рамках расстройства адаптации.

При проведении сравнительного анализа уровня астении по субшкалам MFI-20 у пациенток с различными психопатологическими синдромами на момент обследования выявлен ряд значимых различий. Наиболее высокие суммарные показатели астении отмечены у пациенток с ведущими депрессивным (66,0 (61,0–74,0) баллов), тревожно-депрессивным (61,0 (53,0–68,0) баллов) (чем значимо отличались от больных с астеническим синдромом – 55,5 (48,0–65,0) баллов) и тревожно-фобическим (63,0 (53,0–70,0) баллов) синдромами. По данному показателю значимые различия также получены между пациентками с тревожным и депрессивным синдромом ($p = 0,009441$), с депрессивным и тревожно-депрессивным синдромом ($p = 0,039813$). «Общая астения» достигала более высокого уровня, чем другие характеристики астении, независимо от ведущего психопатологического синдрома.

У женщин с астеническим синдромом показатели по всем субшкалам MFI-20 были ниже, чем у пациентов с депрессивным синдромом (во всех случаях $p < 0,05$); а по показателям субшкалы «Пониженная активность» ниже, чем у пациентов с тревожно-депрессивным и тревожно-фобическим синдромами. Между пациентами с тревожным и депрессивным синдромами были выявлены значимые различия по всем субшкалам MFI-20 ($p < 0,05$), кроме субшкалы «Психическая астения». Пациенты с тревожно-депрессивным и тревожно-фобическим синдромами имели более высокие показатели по шкале «Пониженная активность», чем лица с тревожным синдромом. «Физическая астения» была более выраженной у пациентов с депрессивным синдромом (14,0 (13,0–16,0) баллов) по сравнению с больными с тревожно-депрессивным синдромом (12,0 (11,0–15,0) баллов; $p = 0,008555$).

При оценке субъективного благополучия у пациентов с различными психопатологическими синдромами на момент обследования выявлен меньший уровень субъективного благополучия у пациенток с депрессивным, тревожно-депрессивным и тревожно-фобическим синдромами, которые отличались и более выраженными проявлениями астении.

Таким образом, повышенная утомляемость в подавляющем большинстве случаев входит в симптомокомплекс текущего состояния женщин с непсихотическими психическими расстройствами. Как основной симптом, астения часто наблюдается при расстройствах адаптации, невротических и аффективных расстройствах, является неотъемлемым признаком органического астенического расстройства. Высокий удельный вес сопутствующих заболеваний внутренних органов, привносящих в клиническую картину у женщин в период перименопаузы астенические проявления, актуализирует вопросы дифференциальной диагностики и соответствующей терапевтической тактики.

Полученные данные показывают дополнительные возможности использования субъективной Шкалы оценки астении MFI-20 при обследовании пациентов с непсихотическими психическими расстройствами. Субшкала «Снижение мотивации», интактная при оценке различной выраженности астении в субъективных жалобах пациентов, представляет дифференциальный признак, указывающий на наличие сниженного настроения. Чувствительность субшкал MFI-20 к субъективному восприятию пациентками изменчивости собственного настроения, а также выявленные

различия показателей астении в зависимости от ведущего психопатологического синдрома расширяют диапазон психометрического применения Шкалы оценки астении MFI-20. В том числе, когда возникают дифференциально-диагностические трудности в разграничении утомляемости как проявления астении или ресурсного истощения в рамках депрессии невротического уровня.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ в группе женщин с непсихотическими психическими расстройствами позволяет рекомендовать применение наряду с общепринятыми психометрическими шкалами ранговой оценки пациентами утомляемости и настроения, субъективной Шкалы оценки астении MFI-20, Шкалы субъективного благополучия для количественного подтверждения динамики имеющих симптомов в психическом состоянии пациентов. Полученные результаты показали сопряженность и взаимодополняемость данных шкал, измеряющих не только астению, но и ассоциированное с ней эмоциональное состояние и связанное с ними субъективное благополучие пациента.

Своевременное выявление астении у женщин в возрастном диапазоне 40–65 лет с учетом риска сердечно-сосудистых осложнений и взаимосвязи с депрессивными, тревожными расстройствами направлено на профилактику более поздних проявлений и формирования когнитивных расстройств и старческой астении, что входит в перечень основных целевых задач современного профилактического направления и диспансеризации населения в первичном звене здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шакирова И.Н., Дюкова Г.М. Астения – междисциплинарная проблема. *Трудный пациент*. 2012; 10 (5): 14–16.
2. Лопатина О.В., Балан В.Е., Ткачева О.Н., Шарашкина Н.В., Журавель А.С. Факторы женского здоровья с точки зрения старения репродуктивной системы и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. *Альманах клинической медицины*. 2015; 37: 111–117.
3. Останко В.А., Калачева Т.П., Калюжина Е.В., Лившиц И.К., Шаловой А.А., Черногорюк Г.Э., Беспалова И.Д., Юнусов Р.Ш., Лукашова Л.В., Помогаева А.П., Тепляков А.Т., Калюжин В.В. Биологические маркеры в стратификации риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии: настоящее и будущее. *Бюллетень сибирской медицины*. 2018; 17 (4): 264–280. DOI: 10.20538/1682-0363-2018-4-264-280.
4. Алиев Б.Н. Взаимосвязь уровня тиреоидных гормонов в крови с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. *Медицинские новости*. 2018; 11 (290): 51–54.

5. Ильина Л.М., Юренева С.В., Дубровина А.В., Эбзиева З.Х. Влияние менопаузы на работающих женщин: фактор, которому не придается должного значения. *Проблемы репродукции*. 2016; 22 (1): 87–94.
6. Makara-Studzińska M., Kryś-Noszczyka K., Jakiel G. The influence of selected socio-demographic variables on symptoms occurring during the menopause. *Prz. Menopauzalny*. 2015; 14 (1): 20–26. DOI: 10.5114/pm.2015.48637.
7. Chou M.F., Wun Y.T., Pang S.M. Menopausal symptoms and the menopausal rating scale among midlife chinese women in Macau, China. *Women Health*. 2014; 54 (2): 115–126. DOI: 10.1080/03630242.2013.871767.
8. Grochans E., Szkup M., Kotwas A., Kopeć J., Karakiewicz B., Jurczak A. Analysis of sociodemographic, psychological, and genetic factors contributing to depressive symptoms in pre-, peri- and postmenopausal women. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2018; 15 (4): pii E712. DOI: 10.3390/ijerph15040712.
9. Мазо Г.Э., Ганзенко М.А. Депрессии у женщин в период менопаузального перехода. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2016; 18 (6): 30–36.
10. Бохан Н.А., Лукьянова Е.В., Симуткин Г.Г. Депрессивные расстройства у женщин в климактерическом возрасте (обзор зарубежной литературы за 2012–2016 гг.). *Бюллетень сибирской медицины*. 2018; 17 (2): 100–113. DOI: 10.20538/1682-0363-2018-2-100-113.
11. Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Костин А.К., Кошель А.П., Епанчинцева Е.М., Лебедева В.Ф., Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Карташова И.Г., Рудницкий В.А., Горбацевич Ю.Н., Цыбульская Е.В., Алексеев В.А. Коморбидность ахалазии пищевода, смешанной тревожной и депрессивной реакции у пациентки молодого возраста: проблемы диагностики и лечения. *Бюллетень сибирской медицины*. 2019; 18 (2): 290–298. DOI: 10.20538/1682-0363-2019-2-290-298.
12. Боровкова Е.И. Клинические проявления, диагностика и ведение пациенток в пери- и менопаузе. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2017; 17 (3): 112–117. DOI: 10.17116/rosakush2017173112-117.
13. Таболина А.А. Особенности психопатологических нарушений у женщин в перименопаузе. *Медицинские новости*. 2017; 8: 60–65.
14. Smets E.M., Garssen B., Bonke B., De Haes J.C. The multidimensional fatigue inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *J. Psychosom. Res.* 1995; 39 (3): 315–325. DOI: 10.1016/0022-3999(94)00125-0.

Вклад авторов

Белокрылова М.Ф. – разработка концепции и дизайна, проведение практической части исследования, анализ и интерпретация данных, проверка критически важного интеллектуального содержания, окончательное утверждение рукописи для публикации. Гарганеева Н.П. – разработка концепции и дизайна, проведение практической части исследования, анализ и интерпретация данных, проверка критически важного интеллектуального содержания, окончательное утверждение рукописи для публикации. Никитина В.Б. – разработка концепции и дизайна, проведение практической части исследования, анализ и интерпретация данных, проверка критически важного интеллектуального содержания, окончательное утверждение рукописи для публикации. Епанчинцева Е.М. – проведение практической части исследования.

Сведения об авторах

Белокрылова Маргарита Федоровна, д-р мед. наук, вед. науч. сотрудник, отделение пограничных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ; профессор, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии, СибГМУ, г. Томск. ORCID 0000-0003-2497-6684.

Гарганеева Наталья Петровна, д-р мед. наук, профессор, кафедра общей врачебной практики и поликлинической терапии, СибГМУ; врач-терапевт, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0002-7353-7154.

Никитина Валентина Борисовна, д-р мед. наук, зав. лабораторией клинической психонейроиммунологии и нейробиологии, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0002-1644-770X.

Епанчинцева Елена Макаровна, канд. мед. наук, зав. первым клиническим психиатрическим отделением, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск. ORCID 0000-0002-2974-2441.

(✉) Белокрылова Маргарита Федоровна, e-mail: belmf@yandex.ru.

Поступила в редакцию 19.07.2019

Подписана в печать 25.12.2019