

Юсупов Д.А.<sup>1</sup>, Мазитов Ш.Г.<sup>1</sup>, Петрова Ю.А.<sup>2</sup>, Юсупов А.Р.<sup>3</sup>, Брынза Н.С.<sup>1</sup>

## Гендерные особенности депрессивных расстройств, нарушений когнитивных функций и качества жизни у лиц старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

1 – ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Минздрава России, г. Тюмень; 2 – ФГБОУ ВПО Тюменский государственный нефтегазовый университет, г. Тюмень; 3 – ГБУЗ ТО «Областной госпиталь ветеранов войн», г. Тюмень

*Yusupov D.A., Mazitov Sh.G., Petrova Yu.A., Yusupov A.R., Brynza N.S.*

### Gender differences in depressive disorders, cognitive functions impairments and life quality in elderly patients with cardiovascular diseases

#### Резюме

Цель исследования: Охарактеризовать гендерные особенности депрессивных расстройств, нарушений когнитивно-мнестической функции, качества жизни у лиц старческого возраста и их динамику на фоне стационарного этапа реабилитации. Материалы и методы: Обследовано 26 мужчин (23,6%) и 84 женщины (76,4%) с ишемической болезнью сердца в возрасте от 75 лет до 91 года, средний возраст  $83,9 \pm 3,3$  года. Результаты: У лиц старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы преддементные когнитивные нарушения и деменция легкой степени выраженности регистрируется у 76% мужчин и 91% женщин. Качество жизни характеризуется низкими значениями по всем шкалам как психического, так и физического компонента, при этом высокие значения качества жизни ассоциируются с мужским полом, а проведенное стационарное лечение в рамках комплексной реабилитационной программы способствует увеличению физического и психического компонента качества жизни на  $8,3 \pm 1,8\%$  и  $19,9 \pm 2,4\%$ , соответственно. Заключение: Гендерные особенности качества жизни и когнитивных функций у лиц старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы характеризуются более выраженными нарушениями в группе женщин, что, скорее всего, ассоциировано с большей распространенностью повышенного артериального давления.

**Ключевые слова:** старческий возраст, качество жизни, когнитивные функции, заболевания сердечно-сосудистой системы

#### Summary

Aim. To describe gender features of depressive disorders, cognitive and mnemonic function impairments, life quality characteristic in elderly patients passing in-hospital rehabilitation course. Materials and methods. We investigated 26 men (23,6%) and 84 women (76,4%) with ischemic heart disease aged from 75 to 91 years old, average age -  $83,9 \pm 3,3$ . Results. In elderly patients with cardio-vascular diseases predemental cognitive impairment and mild dementia was found in 76% of men and 91% of women. Life quality proved to be low, estimated by every scale used for psychic and physical evaluation. Higher life quality was associated with male gender and in-hospital rehabilitation program raised both physical and psychic components for  $19,9 \pm 2,4\%$  and  $8,3 \pm 1,8\%$  respectively. Conclusion. In elderly patients with cardiovascular diseases more prominent life quality disorders and cognitive impairments are found in female group. This is most likely due to higher level of arterial hypertension prevalence in women.

**Key words:** elderly people, life quality, cognitive impairment, cardiovascular disease

#### Введение

По мнению ведущих специалистов в области гериатрии одной из важнейших стратегических задач, при оказании медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста, является сохранение и улучшение качества их жизни [1, 2, 3]. При этом подчеркивается

роль амбулаторного звена здравоохранения в неразрывной связи с другими этапами оказания медицинской помощи [4, 5].

Среди амбулаторных инновационных технологий реабилитационных мероприятий следует отметить включение лиц старческого возраста в единое информацион-

Таблица 1. Гендерные особенности структуры соматической патологии у пациентов старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Показатель	Всего (n=110)		Мужчины (n=26)		Женщины (n=84)		Chi-square	p
	n	%	n	%	n	%		
Заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе:	110	100	26	100	84	100	-	-
ишемическая болезнь сердца	110	100	26	100,0	84	100	-	-
АГ	97	88,2	20	76,9	77	91,7	4,14	p=0,0419
хроническая сердечная недостаточность	36	32,7	8	30,8	28	33,3	0,06	p=0,8076
Заболевания опорно-двигательного аппарата	56	50,9	12	46,2	44	52,4	0,31	p=0,5789
Заболевания органа зрения	51	46,4	13	50,0	38	45,2	0,18	p=0,6705
Заболевания мочевыделительной системы	44	40,0	10	38,5	34	40,5	0,03	p=0,8546
Заболевания желудочно-кишечного тракта	39	35,5	10	38,5	29	34,5	0,23	p=0,6308
Заболевания эндокринной системы (в том числе СД 2 типа)	35	31,8	7	26,9	28	33,3	0,38	p=0,5397
Заболевания органов дыхания	19	17,3	5	19,2	14	16,7	0,09	p=0,7625

Примечание: p – уровень значимости критерия PearsonChi-square (df=1), в сравнении с группой мужчин.

ное поле и использование образовательных программ с активным амбулаторным мониторингом [6, 7, 8].

Проведенные ранее исследования показывают, что у лиц старческого возраста при поступлении на стационарное лечение значительно снижены показатели качества жизни, что обусловлено как наличием соматических заболеваний, так непосредственно возрастом больных [9]. На фоне этого, данные предыдущих исследований показывают, что по мере старения усиливаются гендерные различия практически по всем компонентам качества жизни, а стационарный этап реабилитации является действенным способом повышения физического и психического компонента качества жизни, по крайней мере, в краткосрочный период [10-12].

**Цель исследования** - охарактеризовать гендерные особенности депрессивных расстройств, нарушений когнитивно-мнестической функции, качества жизни у лиц старческого возраста и оценить эффективность стационарного этапа реабилитации.

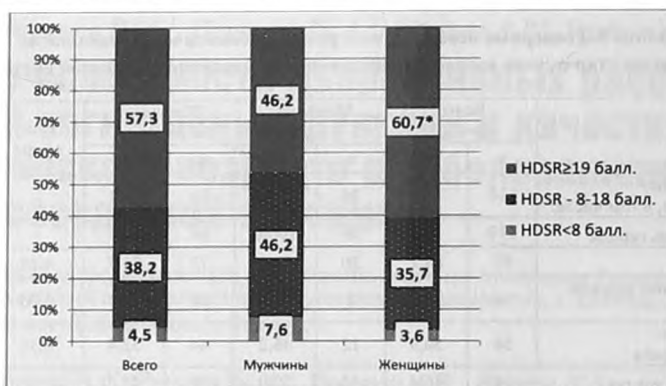
## Материалы и методы

Всего обследовано 110 больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы в возрасте от 75 лет до 91 года, госпитализированных в ГАУЗ ТО «Областной госпиталь ветеранов войн» для плановой реабилитации. Среди участников исследования 26 мужчин (23,6%) и 84 женщины (76,4%). Средний возраст составил 83,9±3,3 года, в том числе у мужчин - 85±2,8 лет и у женщин - 83,6±3,4 года, различия статистически не значимы (p<0,05).

Критерии включения: документально подтвержденное заболевание сердечно-сосудистой системы (ССЗ), возраст 75 лет и более, в исследование не включались пациенты с острыми и хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения и декомпенсации, наличием противопоказаний к реабилитационным мероприятиям, онкологическими заболеваниями и при отказе от участия в исследовании.

Представленные в таблице 1 данные свидетельствуют, что у 100% участников исследования регистрировались клинические признаки ишемической болезни сердца, далее в порядке убывания, отмечалась патология опорно-двигательного аппарата (50,9%), заболевания органа зрения (46,4%), заболевания мочевыделительной системы (40%), желудочно-кишечного тракта (35,5%), эндокринной системы (31,8%) и заболевания органов дыхания (17,3%). Гендерные особенности характеризовались значимо более высокой долей пациентов с артериальной гипертензией (АГ) среди женщин, так повышение уровня артериального давления отмечено у 91,7% женщин, тогда как в группе мужчин аналогичный параметр составил 76,9%, что статистически значимо ниже (PearsonChi-square = 4,14; p=0,0419).

Для количественной оценки выраженности депрессивных расстройств использовалась шкала Гамильтона (HDRS) в форме интервью, при сумме баллов 14-18 – депрессивное расстройство средней степени тяжести; 19-22 балла – депрессивное расстройство тяжелой степени ≥ 23 балла. – депрессивное расстройство крайне тяжелой степени тяжести. Оценка когнитивных функций проведена с использованием краткого опросника исследования психического состояния (Mini-MentalStateExamination – MMSE). Максимально в данном тесте можно набрать 30 баллов, что соответствует наиболее высоким когнитивным способностям. Чем меньше результат, тем больше выражен когнитивный дефицит. Изучение качества жизни проведено с использованием опросника MOS SF-36 (TheMedicalOutcomesStudy 36-Item Short-FormHealthSurvey). Анализировались 8 шкал: шкала физической активности (PF), ролевого функционирования (RP), боли (P), общего здоровья (GH), жизнеспособности (VT), социальной активности (SF), эмоционального функционирования (RE) и психического здоровья (MH).



**Рисунок 1.** Гендерные особенности структуры выраженности депрессии по шкале Гамильтона (HDSR) у пациентов старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Примечание: \* -  $p < 0,05$  критерий *PearsonChi-square*, в сравнении с группой мужчин.

**Таблица 2.** Гендерные особенности когнитивных функций и субъективной оценки здоровья у пациентов старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Показатель	Всего (n=110)		Мужчины (n=26)		Женщины (n=84)		Chi-square	p
	n	%	n	%	n	%		
<b>Выраженность когнитивных нарушений (MMSE)</b>								
нет нарушений	16	14,5	3	11,5	13	15,5	0,25	$p=0,6187$
предметные нарушения	47	42,7	9	34,6	38	45,2	0,92	$p=0,3387$
деменция легкой степени	43	39,1	12	46,2	31	36,9	0,71	$p=0,3983$
деменция умеренной степени	4	3,6	2	7,7	2	2,4	1,60	$p=0,2061$
тяжелая деменция	16	14,5	3	11,5	13	15,5	0,25	$p=0,6187$
<b>Субъективная оценка состояния здоровья</b>								
Отличное	18	16,4	8	30,8	10	11,9	5,16	$p=0,0231$
Хорошее	14	12,7	6	23,1	8	9,5	3,28	$p=0,07$
Удовлетворительное	48	43,6	12	46,2	36	42,9	0,09	$p=0,7671$
Плохое	30	27,3	-	-	30	35,7	12,77	$p=0,0004$

Примечание: p – уровень значимости критерия *PearsonChi-square* ( $df=1$ ), в сравнении с группой мужчин.

Анализ параметров выраженности депрессии, степени когнитивных нарушений и качества жизни проводился при поступлении на стационарный этап реабилитации (T0) и через 21 день лечения (T1).

Анализ материалов исследования проводился с использованием программы Statistica 6.0. Непрерывные переменные представлены в виде среднего и стандартного отклонения (M±s). Для определения статистической значимости различий количественных показателей, использовался t-критерий Стьюдента, в том числе для парных величин. Для определения статистической значимости различий качественных признаков проведена проверка нулевой статистической гипотезы с использованием критерия «хи-квадрат» по Пирсону («*PearsonChi-square*»).

### Результаты и обсуждение

Проведенный анализ показал, что средние значения выраженности депрессии в баллах по шкале HDSR составили  $21,5 \pm 5,3$  балла. Таким образом, отсутствие данного расстройства (0-7 баллов по шкале HDSR) отмечено

у 4,5% пациентов, количество число пациентов с легкой и средней депрессией (8-18 баллов) 38,2%. Признаки тяжелой и крайне тяжелой депрессии (более 19 баллов) отмечены у 57,3% (рисунок 1). Сравнительный анализ влияния госпитального этапа медицинской реабилитации на выраженность депрессии показал, что у пациентов суммарный балл снизился до  $15,4 \pm 4,7$  баллов, что статистически значимо ниже уровня исходных параметров ( $p < 0,05$ ).

Следующим этапом исследования было исследование когнитивных способностей по шкале MMSE (таблица 2), отсутствие нарушений когнитивных функций (28-30 баллов) отмечено у 14,5% (16/110) пациентов, предметные когнитивные нарушения (24-27 баллов) зарегистрированы у 42,7% (47/110), деменция легкой степени у 39,1% (43/110) и умеренной степени выраженности у 3,6% (4/110), различий между группой мужчин и женщин получено не было ( $p \geq 0,05$ ). Сравнительный анализ выраженности когнитивных нарушений в динамике наблюдения также не показал статистически значимых различий.

Таблица 3. Гендерные особенности качества жизни по опроснику MOS SF-36 у пациентов старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (M±s)

Показатель	Мужчины (n=26)		Женщины (n=84)	
	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>	T <sub>0</sub>	T <sub>1</sub>
Физическая активность	54,2±19,9	58,4±15,3	37,8±15,5*	43,7±17,5
Рольевое функционирование	32,7±10,1	46,9±13,4**	31,8±12,7	42,8±14,4**
Уровень боли	56,5±23,7	58,6±22,7	43,9±22,04*	49,8±23,7
Общее здоровье	49,3±14,1	55,0±17,4	43,2±15,7	49,3±17,0
Жизнеспособность	55,38±10,5	72,1±14,9	47,5±19,2*	61,8±21,7
Социальная активность	74,01±18,5	79,9±19,1	68,7±21,13	73,7±23,6
Эмоциональное функционирование	41,1±19,2	51,2±18,3	41,6±24,3	49,8±17,9
Психическое здоровье	61,84±15,9	66,05±16,8	58,3±16,9	62,2±15,7

Примечание: \* -  $p < 0,05$  по сравнению с группой мужчин, *t*-критерий Стьюдента,

\*\* -  $p < 0,05$  по сравнению с исходными данными, *t*-критерий Стьюдента для парных величин.

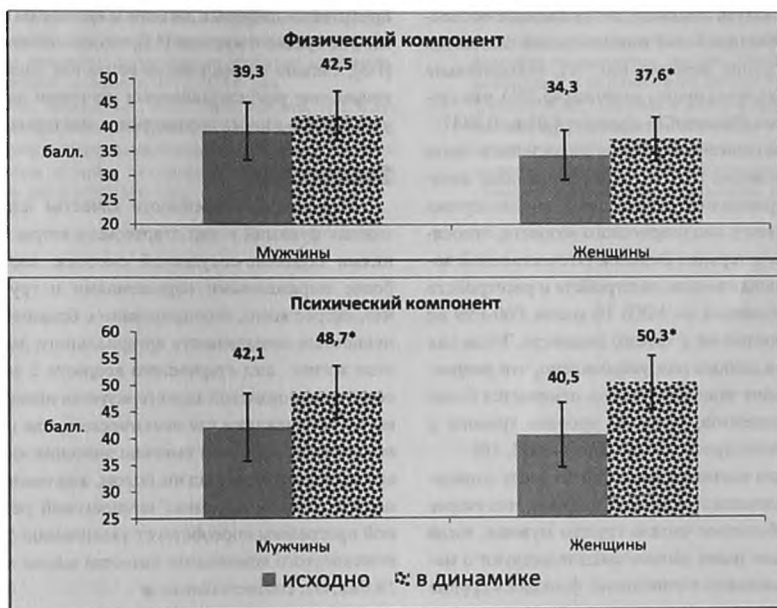


Рисунок 2. Динамика физического и психического компонента качества жизни у пациентов старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Примечание: \* -  $p < 0,05$  по сравнению с исходными данными, *t*-критерий Стьюдента для парных величин.

Анализ субъективной оценки состояния общего здоровья показал, что только 27,3% респондентов оценивают свое здоровье как плохое, тогда как большая часть – 43,6% (48/110) оценивают здоровье как удовлетворительное, при этом обращает на себя внимание наличие значимых различий по данному параметру (Pearson Chi-square = 12,77;  $p = 0,0004$ ).

При субъективной оценке качества жизни с помощью русской версии опросника MOS SF-36, установлено, что средний показатель физической активности (PF) составил 41,9±17,5 баллов, ролевого функционирования (RE) 32,1±12,3, показатели уровня боли (BP) составили 47,0±22,6 баллов. Средний уровень общего здоровья респондентов (GH) составил 44,7±17,4 баллов. Средние значения по шкале жизнеспособности (VT) составили 49,4±17,4 баллов, социальной активности (SF) –

69,7±20,4 баллов, эмоционального функционирования (RE) – 41,5±15,5 баллов и психического здоровья (MH) 59,1±16,7 баллов. Гендерные особенности качества жизни характеризовались значимо более высокими параметрами данных показателей (таблица 3) в группе мужчин по шкале PF ( $p < 0,05$ ), BP ( $p < 0,05$ ) и VT ( $p < 0,05$ ).

Повторный анализ качества жизни показал значимое увеличение средних значений по шкале ролевого функционирования ( $p < 0,05$ ), общего состояния здоровья ( $p < 0,05$ ) и эмоционального состояния, независимо от пола, тогда как только в группе женщин отмечена значимая динамика по шкале боли ( $p < 0,05$ ) и физической активности ( $p < 0,05$ ), средние значения которых выросли на 15,5±6,8% и 14,3±7,8%, соответственно. Таким образом, после проведения стационарного этапа реабилитации физический компонент качества жизни увеличился на

8,3±1,8% (рисунок 2), тогда как рост психического компонента составил 19,9±2,4%, что статистически значимо выше исходных значений ( $p<0,05$ ).

Основной стратегической задачей медико-социальной помощи в Рос-сии лицам пожилого и старческого возраста является сохранение и улучшение качества их жизни [13], именно поэтому последние годы характеризуются появлением значительного числа исследований направленных на оценку качества жизни пациентов пожилого возраста. Проведенные ранее в Омске исследования также показали, что по мере старения усиливаются гендерные различия практически по всем шкалам КЖ, при этом с возрастом все показатели имеют отрицательную динамику [11].

Исследование гендерных особенностей психоэмоционального статуса показало, что гендерные особенности характеризовались более высокой долей пациентов с депрессией в группе женщин (60,7%), относительно аналогичного параметра группы мужчин (46,2%), что статистически значимо (PearsonChi-square = 4,03;  $p=0,0447$ ).

Указанные результаты особенно актуальны в свете исследований Ма-зитова Ш.Г. с соавт., по данным которого в рамках проведения углубленных диспансерных осмотров в г. Тюмени у лиц старческого возраста, относящихся к категории ветеранов Великой Отечественной войны, в 2010 году психических расстройств и расстройств поведения, определяемых по МКБ 10 кодом F00-F99 не было зарегистрировано ни у одного пациента. Тогда как при анкетировании данных лиц установлено, что депрессия тяжелой и крайне тяжелой степени отмечается более чем у 57% респондентов, высокий уровень тревоги у 66,8% и выраженный стресс у 77,5% больных [5, 10].

Нашим данным значимых различий по числу пациентов с признаками деменции получено не было, что скорее связано с небольшим числом группы мужчин, тогда как полученные нами ранее данные свидетельствуют о менее выраженном снижении когнитивных функций в группе лиц старческого возраста, в сравнении с аналогичными параметрами мужчин. В результате настоящего исследования показано, что более чем у 50% мужчин имеются клинические признаки деменции (по шкале MMSE), что, возможно, связано несколько более молодым возрастом женщин.

При оценке качества жизни отмечены низкие значения практически по всем шкалам как психического, так и физического компонента, гендерные различия которого характеризуются статистически значимо более низкими значениями в группе ветеранов ВОВ мужского пола. При этом высокие значения психического и физического компонента качества жизни ассоциируются с меньшей частотой регистрации депрессии и тревоги высоких градаций, а количество диагностированных соматических заболеваний по МКБ 10 показывает отрицательную кор-

реляционную взаимосвязь средней силы со значениями физического компонента качества жизни.

Данные некоторых исследований показывают, что адекватный подбор антигипертензивной терапии способствует статистически значимому росту когнитивных функций в краткосрочной перспективе у больных АГ старческого возраста [14], однако по нашим данным, доля пациентов с признаками когнитивных нарушения значимо не снизилась, ни в группе мужчин, ни в группе женщин. Полученные результаты, скорее всего, связаны с недостаточным интервалом между визитами, что требует дальнейшего наблюдения.

Несмотря на отчетливую тенденцию к улучшению качества жизни, достигнутые значения большинства показателей значительно ниже аналогичных параметров как практически здоровых лиц, так и пациентов с заболеваниями ССЗ среднего возраста [15], что, по мнению ряда авторов [1-5], связано с преклонным возрастом пациентов и даже проведение реабилитационных программ не способствует увеличению данных параметров у некоторых пациентов.

## Заключение

Гендерные особенности качества жизни и когнитивных функций у лиц старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы характеризуются более выраженными нарушениями в группе женщин, что, скорее всего, ассоциировано с большей распространенностью повышенного артериального давления. Качество жизни лиц старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой характеризуется низкими значениями по всем шкалам как психического, так и физического компонента, при этом высокие значения качества жизни ассоциируются с мужским полом, а проведенное стационарное лечение в рамках комплексной реабилитационной программы способствует увеличению физического и психического компонента качества жизни на 8,3±1,8% и 19,9±2,4%, соответственно. ■

*Юсупов Д.А. – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО ТамГМА Минздрава России, г. Тюмень; Мазитов Ш.Г. – к.м.н. ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО ТамГМА Минздрава России, г. Тюмень; Петрова Ю.А. – к.м.н., доцент, доцент кафедры физического воспитания ФГБОУ ВПО ТамГНГУ, г. Тюмень; Юсупов А.Р. – к.м.н., главный врач ГБУЗ ТО «Областной госпиталь ветеранов войны», г. Тюмень; Брынза Н.С. – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО ТамГМА Минздрава России, г. Тюмень; Автор ответственный за переписку - Петрова Юлианна Алексеевна : Тюмень, Россия (625023, Тюмень, ул. Одесская, д. 54), e-mail: pimtmn@mail.ru*

## Литература:

1. Васильчиков В.М. Реформа системы социальной защиты населения и качество жизни пожилых людей.

Клиническая геронтология. 2006;4(12):3-7.

2. Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Постарение населения и

- программы модернизации здравоохранения. Клиническая геронтология. 2013;19(7-8):37-38.
3. Починок А.П. Модернизация экономики и качество жизни пожилых. Ученые записки Российского государственного социального университета. 2010;5:4-5.
  4. Агранович Н.В., Агранович В.О., Кульнева М.С. Повышение качества жизни пожилых людей путей-путемпродолжения активного образа жизни. Архивъ внутренней медицины. 2012;2(4):65-67.
  5. Мазитов Ш.Г., Петров И.М. Эффективность госпитального этапа реабилитации ветеранов ВОВ: результаты проспективного наблюдения. Медицинская наука и образование Урала. – 2013;3(75):31-33.
  6. Андонова А.Н., Милчева Х.Т., Платиканова М.С. Обучение пожилых людей знаниям в области здравоохранения в целях улучшения качества их жизни. Перспективы науки. 2013;2:108-110.
  7. Песоцкая Л.А. Энергоинформационные аспекты качества жизни пожилого человека. Тюменский медицинский журнал. 2013;2(15):16-17.
  8. Осадчук М.А., Корженков Н.П. Влияние психофизической реабилитации на качество жизни пациентов пожилого возраста, перенесших инфаркт миокарда. Медицинский альманах. 2013;2:160-164.
  9. Юрьев В.К., Медик В.А., А.И. Хорошевская, И.Т. и др. Состояние здоровья и удовлетворенность качеством медицинского обслуживания ветеранов вооруженных конфликтов и войн. Вестник Военно-медицинской академии. 2010;1(29):160-162.
  10. Мазитов Ш.Г., Петрова Ю.А., Медведева И.В. Возможности коррекции когнитивных нарушений у лиц старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы при проведении медицинской реабилитации. Медицинская наука и образование Урала. 2013;4(76):116-120.
  11. Семисынов С.О., Позднякова М.А., Исаев В.Е. Качество жизни пожилого населения в зависимости от возраста, пола и условий стационарного лечения. МедиАль. 2012;1:76-77.
  12. Алескерова Н.Г., Петров И.М., Петрова Ю.А. Анализ структуры антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией проживающих в условиях Крайнего Севера. Медицинская наука и образование Урала. 2012;4(72):109-112.
  13. Чернышкова Е.В. Медико-социальные риски пролонгирования активного образа жизни пожилых людей. Фундаментальные исследования. 2012;3:358-361.
  14. Стаценко М.Е., Щербакова Т.Г., Беленкова С.В., Спорова О.Е. Длительная терапия индапамидом больных артериальной гипертензией пожилого и старческого возраста: возможности кардиопротекции и влияние на качество жизни. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2009;5(5):22-28.
  15. Петров И.М., Шоломов И.Ф., Медведева И.В. Трехлетняя эффективность обучения больных с высоким сердечно-сосудистым риском в условиях организованной популяции промышленного города Крайнего Севера. Ожирение и метаболизм. 2013;3:37-43.