

На правах рукописи

А.Р. Фомичева

Фомичева Анастасия Вячеславовна

**Психические расстройства
при хронической сердечной недостаточности
(клинические, биологические, терапевтические аспекты)**

3.1.17. Психиатрия и наркология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2026

Работа выполнена в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Волель Беатриса Альбертовна

Официальные оппоненты:

Медведев Владимир Эрнстович – кандидат медицинских наук, доцент; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы», кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, заведующий кафедрой

Васильева Анна Владимировна - доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отдел международного сотрудничества, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных расстройств и психотерапии, руководитель отдела

Ведущая организация: федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «30» июня 2026 г. в 10:00 часов на заседании Диссертационного совета ДСУ 208.001.24 при ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119021, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11 стр.1 (Клиника нервных болезней имени А.Я. Кожевникова)

С диссертацией можно ознакомиться в Фундаментальной учебной библиотеке ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) по адресу: 119034, г. Москва, Зубовский бул., д. 37/1 и на сайте организации <https://www.sechenov.ru>

Автореферат разослан « _____ » _____ 2026 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук

 **Толмачева Виолетта Александровна**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является частым осложнением большинства сердечно-сосудистых заболеваний и ряда других некардиологических патологий с широкой распространенностью среди не только возрастного населения (до 10%), но и лиц трудоспособного возраста (1-2%) [J. Špinar et al., 2018; J. Shrestha, S. Done, 2023; В.Ю. Мареев и соавт., 2018]. ХСН характеризуется прогрессирующим течением, частыми повторными госпитализациями, высоким уровнем инвалидизации и смертности [М. Metra, et al., 2023; С.А. Бойцов, 2022; Е.В. Шляхто и соавт., 2023].

Наряду с основными факторами риска прогрессирования ХСН выделяют и сопутствующие психические расстройства, среди которых наиболее распространены являются расстройства депрессивного (13-77,5%) и тревожного (6,3-72,3%) спектра, когнитивные нарушения (30-80%), коррелирующие со сниженным качеством жизни, повторными госпитализациями и высокой смертностью [Е.В. Шляхто и соавт., 2023; С. Naedtke et al., 2017; К. Е. Di Palo, 2020]. Такой широкий диапазон распространенности психических расстройств при ХСН обусловлен дизайном и методологией исследований (более высокая распространенность психической патологии наблюдается среди стационарных пациентов, а также при использовании психометрического, а не комплексного обследования).

Среди психической патологии при ХСН особую актуальность в аспекте диагностических и терапевтических подходов имеют диссоциативные расстройства, наблюдающиеся в практически одной трети случаев и характеризующиеся недооценкой тяжести, что приводит к быстрому прогрессированию ХСН посредством наиболее выраженного дезадаптивного паттерна поведения в болезни (откладывание обращения за специализированной помощью, игнорирование рекомендаций, самостоятельное изменение схемы лечения) [S.B. Wirta et al., 2018, А.К. Мухорина с соавт., 2019].

В формировании психических расстройств помимо клинических особенностей ХСН определяется и вклад личностных характеристик пациентов [J. C. Coyne et al., 2011; P. J. Tully, T. Selkow, 2014; Wang Z. et al., 2023]. Так, еще с середины XX века личностная predisпозиция рассматривалась в качестве триггерного фактора возникновения и прогрессирования определенных соматических заболеваний.

Отдельной значимой проблемой при изучении психической патологии при ХСН является астения, представляющая собой трансонологический конструкт, характерный как для непосредственно ХСН, так и коморбидных психических расстройств. Астения наблюдается у подавляющего большинства пациентов с ХСН (до 96%) и является диагностически значимым симптомокомплексом, прогрессирование которого может свидетельствовать об ухудшении

течения ХСН [М. Polikandrioti et al., 2019; S. Neo et al., 2019]. При этом верификация астении при ХСН может вызывать определенные трудности. Так, у пациентов с ХСН и расстройствами депрессивного спектра возможно перекрывание симптомов депрессии и астении. С другой стороны, больные с тревожными расстройствами ввиду гипертрофированного восприятия соматического состояния, будучи фиксированными на проявлениях физического неблагополучия, могут сообщать о разнообразных жалобах, что может приводить к гипердиагностике астении. Актуальным представляется собой изучение патофизиологических механизмов астении, понимание которых могло бы в том числе и способствовать её объективной верификации при ХСН. Ряд исследований, посвященных изучению астенического симптомокомплекса при соматических и психических заболеваниях, свидетельствует о вовлеченности иммунной системы в патогенез астении [N. Rohleder, M. Aringer, M.A. Voentert, 2012; J. Mouton et al., 2020; Е.А. Медведева с соавт., 2016].

Степень разработанности темы исследования

Большинство существующих на настоящий момент исследований по проблеме психической патологии при ХСН проведено в соответствии с психологическим подходом с использованием психометрических методик без использования развернутого клинического интервью.

Данные немногочисленных исследований, выполненных в клинико-психопатологическом подходе, демонстрируют накопление гетерогенных психических расстройств при ХСН [С.М. Celano et al., 2018; S. Neo et al., 2019]. При этом большинство работ посвящено изучению расстройств депрессивного и тревожного спектра, тогда как диссоциативные расстройства при ХСН прослеживаются лишь косвенно в единичных работах [S.B. Wirta et al., 2018]. Между тем аналогичные исследования, проведенные на пациентах кардиологического профиля, свидетельствуют о неоспоримой клинической значимости диссоциативных расстройств [А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, 2007; Б.А. Волель с соавт., 2016; М.А. Самушия, 2016; Д.В. Трошина, 2019].

Также остаются мало разработанными вопросы о вкладе личностных характеристик и клинических параметров ХСН в формирование гетерогенных психических расстройств. Большинство работ, посвященных изучению конституциональных особенностей пациентов с ХСН, сосредоточены преимущественно на исследовании личности типа D, а их результаты являются противоречивыми [S.S. Pedersen et al., 2010; D. Kessing et al., 2016; E. Montfort et al., 2018].

Остается недостаточно изученным вопрос клинико-иммунологических параметров астении при ХСН, являющейся диагностически значимым трансозологическим симптомокомплексом [J. Mouton et al., 2020; Е.А. Медведева с соавт., 2016].

Остаются мало разработанными вопросы эффективного комплексного подхода терапии психических расстройств, включающей использование психотерапии и психофармакотерапии с учетом ведущего психосоматического симптомокомплекса.

Цель и задачи исследования

Целью настоящего исследования является оценка встречаемости и анализ клинической структуры психических расстройств у пациентов с ХСН с учетом вклада личностных характеристик, клинических и клинико-иммунологических (биологических) параметров ХСН.

Задачи исследования:

1. Оценка встречаемости психических расстройств (депрессивных, тревожных и диссоциативных) при ХСН;
2. Анализ клинической структуры психических расстройств при ХСН (с учетом вклада личностного и кардиологического факторов) с оценкой приверженности терапии и качества жизни;
3. Оценка клинической структуры астенического симптомокомплекса у пациентов с ХСН;
4. Определение клинико-иммунологических параметров астении у пациентов с ХСН;
5. Оценка эффективности комплексного подхода к терапии психических расстройств при ХСН.

Научная новизна

В отличие от ранее проведенных исследований, проведена комплексная оценка психических расстройств при ХСН с учетом их нозологической принадлежности и психопатологической структуры. Впервые проведена оценка встречаемости, описана клиническая структура диссоциативных расстройств при ХСН, определены их особенности, а также негативное влияние на течение ХСН посредством дезадаптивных паттернов поведения в болезни.

Подробно изучен и определен вклад как личностных характеристик, так и клинических параметров ХСН в формирование гетерогенных психических расстройств при изучаемой кардиологической патологии.

Проведен сравнительный анализ клинической структуры астенического симптомокомплекса у пациентов с ХСН без психической патологии и с диагностированными коморбидными психическими расстройствами. Впервые описан клинико-иммунологический профиль астении при ХСН. Установлена роль воспаления в патофизиологии астении при ХСН.

Определены оптимальные подходы к выбору средств и методики психотерапии и психофармакотерапии психических расстройств при ХСН. Проведена дифференцированная оценка ответа на терапию клинически гетерогенных психических расстройств у пациентов с ХСН.

Теоретическая и практическая значимость работы

Описанная типология психических расстройств при ХСН позволяет оптимизировать стратегии ведения больных с ХСН и дает возможность проведения персонифицированных терапевтических мероприятий. Разработанный терапевтический алгоритм, включающий использование психофармакотерапии с учетом оптимальных дозировок/кардиологической безопасности и наиболее востребованных психотерапевтических методик, позволяет повысить приверженность лечению, улучшить клинический прогноз и повысить качество жизни пациентов с рассматриваемой кардиологической патологией.

Выявленные закономерности иммунологических показателей у больных с астенией и ХСН могут рассматриваться в качестве биомаркеров для верификации астенического симптомокомплекса у пациентов с декомпенсированными формами сердечно-сосудистых заболеваний, а также могут служить основой для разработки новых патогенетически обоснованных алгоритмов терапии этих состояний.

Методология и методы исследования

В исследовании применялись психопатологический, психометрический методы (Шкала депрессии Бека, Краткий опросник тревоги о здоровье, Субъективная шкала оценки астении, Пятифакторный личностный опросник, Миннесотский опросник качества жизни у больных хронической сердечной недостаточностью, Шкала комплаентности Мориски-Грина), а также соматическое обследование. Проводилось клинико-иммунологическое обследование с определением ряда воспалительных и аутоиммунных маркеров с целью изучения патогенеза астении. Применялись статистические методы обработки данных. Статистическая оценка полученных данных включала: сравнение средних величин с применением критерия Колмогорова-Смирнова и оценку достоверности различий с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни (U-test). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS 20.0. Достоверным считался уровень значимости $p < 0,05$.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно разработан дизайн исследования, обследованы пациенты, вошедшие в исследуемую выборку, с применением психопатологического и психометрического методов, проанализированы данные литературы и результаты клинического обследования, определены соотношения клинических и иммунологических параметров. Проведена статистическая обработка полученных данных. Терапевтические интервенции проводились при сотрудничестве с к.м.н. УКБ №1 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) Макух Е.А.

Положения, выносимые на защиту

1. Психические расстройства широко встречаются при ХСН;
2. Гетерогенные психические расстройства при ХСН ассоциируются с дезадаптивными поведенческими паттернами, снижением приверженности терапии и качества жизни и отражают вклад личностных характеристик и клинических особенностей ХСН;
3. Астенический симптомокомплекс при ХСН является транснозологическим конструктом и характеризуется гетерогенной клинической картиной в зависимости от наличия или отсутствия коморбидных психических расстройств;
4. Астенический симптомокомплекс при ХСН ассоциирован с клинико-иммунологическими параметрами;
5. Комплексный подход к терапии пациентов с коморбидными ХСН психическими расстройствами включает психофармакотерапевтические (с учетом гетерогенности психических нарушений и профиля безопасности лекарственных взаимодействий) и психотерапевтические интервенции.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Представленная диссертация соответствует паспорту специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология, занимающейся изучением клинических, социально- психологических и биологических основ психических заболеваний, их клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации психических больных, а именно пунктам 2, 3, 4.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность научных положений и выводов обеспечивается репрезентативностью материала, адекватностью и комплексностью методов исследования (психопатологический, психометрический, соматический, иммунологический, статистический).

Дизайн выполненного многоцентрового исследования обеспечивает широкую гетерогенную выборку, отражает реальную клиническую практику и обеспечивает надежность результатов. Материал исследования достаточный по объему и репрезентативности (121 наблюдение в клинико-психопатологической выборке и 62 наблюдения в клинико-иммунологической выборке). Психопатологический метод исследования в сочетании с психометрическим, в виде использования широкого ряда шкал и опросников (Шкала депрессии Бека, Краткий опросник тревоги о здоровье, Субъективная шкала оценки астении, Пятифакторный личностный опросник, Миннесотский опросник качества жизни у больных хронической сердечной недостаточностью, Шкала комплаентности Мориски – Грина), обеспечивает объективизацию результатов исследования.

Основные положения диссертации были доложены и обсуждены на следующих научных конференциях: Психические расстройства у пациентов с хронической сердечной

недостаточностью / Российский национальный конгресс кардиологов 2020 (с международным участием) «Кардиология 2020 – новые вызовы и новые решения». Казань, 2020; Негативное влияние психических расстройств на течение сердечно-сосудистой патологии / III Всероссийская межвузовская научно-практическая конференция с международным участием «Психическое здоровье: современные тенденции и перспективы». Москва, 2021.

Апробация диссертации была проведена на заседании кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматики Института клинической медицины имени Н. В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (протокол апробации № 12 от 17.12.2025).

Публикации по теме диссертации

По результатам исследования автором опубликовано 7 работ, в том числе 4 статьи в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus, 1 иная публикация по результатам исследования, 2 публикации в сборниках материалов всероссийских научных конференций.

Внедрение результатов диссертационного исследования в практику

Основные научные положения, выводы и рекомендации диссертационного исследования внедрены в лечебный процесс кардиологического отделения с палатой реанимации и интенсивной терапии Клиники кардиологии Университетской клинической больницы № 1 ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (акт № 733 от 22.10.2025), а также внедрены в учебный процесс кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматики Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) при изучении дисциплины «Психиатрия и медицинская психология» студентами по специальности 31.05.01 Лечебное дело (акт № 754 от 22.10.2025).

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 241 странице машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений и условных обозначений, списка литературы. Библиографический указатель содержит 273 наименований (из них отечественных – 56, иностранных – 217). Диссертация иллюстрирована 16 таблицами, 4 рисунками и 4 клиническими наблюдениями.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Набор материала для двухцентрового исследования осуществился в период с 2019 по 2020 гг. на базе Университетской клинической больницы №1 (главный врач – к.м.н. Д.В. Бутнару) Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) (ректор – академик РАН П.В. Глыбочко) и ГБУЗ «Городская клиническая больница №51 ДЗМ» (главный врач – к.м.н. В.А.

Бражник) при междисциплинарном участии сотрудников кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматики ИКМ им. Н. В. Склифосовского (зав. каф. – д.м.н. Б.А. Волель) и кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики ИКМ им. Н. В. Склифосовского (зав. каф. – д.м.н. Д.А. Андреев). Иммунологическое обследование проводилось сотрудниками лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – д.м.н. Ю.А. Чайка).

Дизайн исследования включал проведение двух этапов с параллельным формированием двух выборок: **клинико-психопатологической** (для изучения расстройств депрессивного, тревожного и диссоциативного спектра, представляющих собой наибольший интерес ввиду широкой распространенности в популяции больных общемедицинского профиля, в отличие от тяжелой психической патологии, в том числе психотического регистра и шизофрении, выходящей за рамки настоящего исследования) и **клинико-иммунологической** (для изучения и дифференциации астении – транснозологического конструкта, характерного как для ХСН, так и коморбидных депрессивных расстройств) (рисунок 1).

I этап исследования - скрининг психических расстройств среди пациентов с ХСН (200 наблюдений), давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Процедура скрининга включала использование Госпитальной шкалы депрессии и Шкалы диссоциации.

II этап исследования – комплексное обследование, в результате которого была сформирована клинико-психопатологическая выборка, составившая 121 наблюдение с психическими расстройствами. С целью изучения и проведения дифференциальной диагностики астении как симптома ХСН и коморбидных психических расстройств сформирована клинико-иммунологическая выборка, представляющая 62 наблюдения без психической патологии.

Критерии включения клинико-психопатологической выборки: мужчины и женщины в возрасте от 35 до 85 лет; добровольное информированное согласие на участие в исследовании; верифицированный диагноз ХСН II-IV функционального класса по НУНА и сердечно-сосудистых заболеваний, на фоне которых она сформировалась; наличие одного из психических расстройств: депрессивные, тревожные, диссоциативные расстройства.

Критерии невключения клинико-психопатологической выборки: сопутствующие неврологические и другие соматические заболевания, клиническая картина которых может включать астению; обострение воспалительных и инфекционных заболеваний в течение 2 месяцев до начала обследования; состояния тяжелой соматической декомпенсации, препятствующие выполнению полноценного психопатологического обследования; шизофрения; хронические бредовые расстройства; острые психотические расстройства; шизоаффективные расстройства; биполярное аффективное расстройство; органические психические расстройства;

психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.

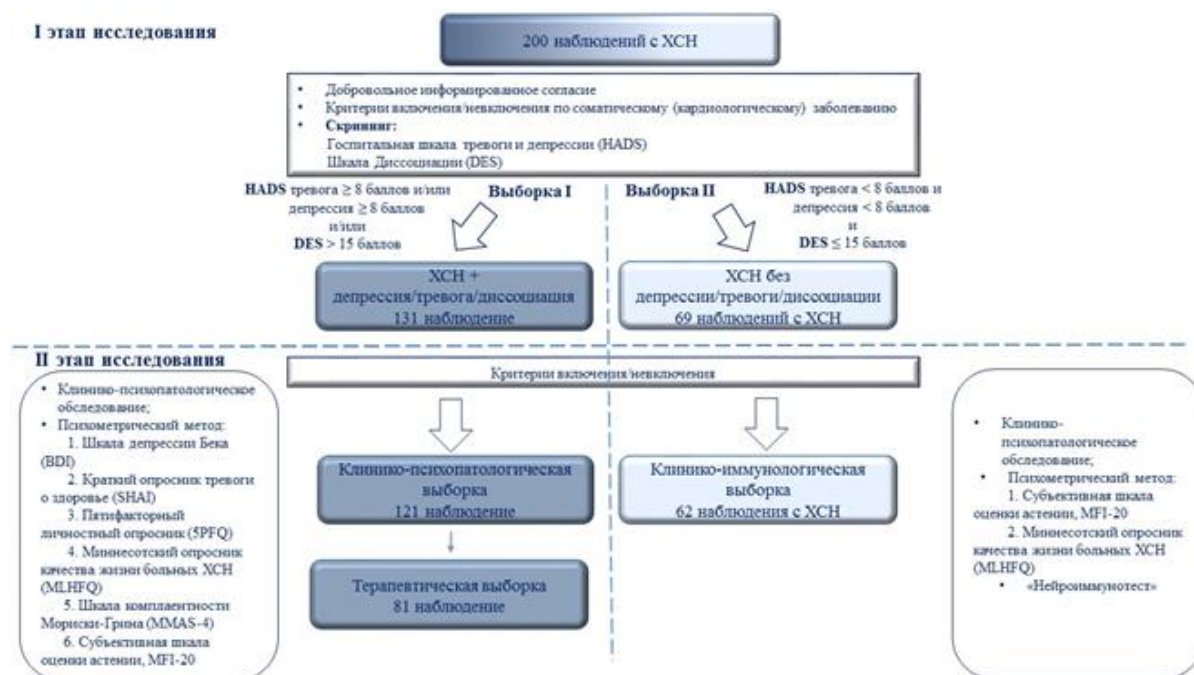


Рисунок 1 - Схема дизайна исследования

Критерии включения клинико-иммунологической выборки: мужчины и женщины в возрасте от 35 до 85 лет; добровольное информированное согласие на участие в исследовании; верифицированный диагноз ХСН II-IV функционального класса по НУНА и сердечно-сосудистых заболеваний, на фоне которых она сформировалась; отсутствие диагностируемой психической патологии согласно рубрике F по МКБ-10.

Критерии невключения клинико-иммунологической выборки: сопутствующие неврологические и другие соматические заболевания, клиническая картина которых может включать астению; обострение воспалительных и инфекционных заболеваний в течение 2 месяцев до начала обследования; состояния тяжелой соматической декомпенсации, препятствующие выполнению полноценного психопатологического обследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Встречаемость психических расстройств составила 60,5% (клинико-психопатологическая выборка - 121 наблюдение; 64 женщины, 57 мужчин, средний возраст – 64,2±4,5 года).

В изучаемой клинической выборке в больше половины случаев диагностировались диссоциативные расстройства (62,8%), реже верифицировались расстройства тревожного - 23,2% и депрессивного спектра – 14%. Невысокий процент доли пациентов с расстройствами депрессивного и тревожного спектра частично согласуется с предыдущими исследованиями [С.М. Celano et al., 2018] и может объясняться включением пациентов согласно критериям МКБ-

10 с верифицированными психическими диагнозами, а не по результатам психометрического обследования.

Следует отметить неравномерное распределение психических расстройств в зависимости от базы исследования (УКБ №1: диссоциативные расстройства – 47,4%, тревожные расстройства – 40,3%, депрессивные расстройства – 12,3%; ГКБ №: диссоциативные расстройства – 76,6%, тревожные расстройства – 7,8%, депрессивные расстройства – 15,6%, $p < 0,05$), что, по-видимому, обусловлено особенностями университетской и городской больницы, проявляющимися в том числе неоднородным накоплением пациентов с разной тяжестью кардиологического состояния, которое влияет на формирование гетерогенной психической патологии.

Диссоциативные расстройства (76 наблюдений, 40 мужчин, 36 женщин, ср. возраст $64,4 \pm 12,7$). Клинико-психопатологическая картина диссоциативных реакций реализовывалась гетерогенными симптомокомплексами, что позволило в соответствии с традиционным пониманием диссоциативных расстройств выделить два типа: компартмент (compartment) и детачмент (detachment) [Е.А. Holmes et al., 2018; А.Б. Смулевич с соавт., 2014].

Диссоциативная реакция по типу compartment (49 наблюдений, 25 мужчин, 24 женщины, средний возраст $64,3 \pm 12,8$) представляет собой «синдром по типу двойного сознания», при котором на первом плане наблюдается диссоциативная симптоматика, тогда как на фоне диагностируется тревожная реакция.

Несмотря на наличие неизлечимой и жизнеугрожающей кардиологической патологии, пациенты храбрятся, демонстрируют нарочитое отрицание волнения, беспокойства в отношении здоровья. Верифицированный диагноз ХСН воспринимается как временный, а симптомы интерпретируются в соответствии с собственным представлением о соматическом состоянии организма. При этом в периоды тяжелой декомпенсации за фасадом наигранного оптимизма и бравады отмечается тревожная симптоматика, реализующаяся страхом и тревогой за здоровье. Практически в половине случаев (21 наблюдение, 42,8%) наблюдаются расстройства сна по типу ранней инсомнии, сочетающиеся с тревожными руминациями по типу «тревоги вперед», содержание которых ограничивается возможными негативными последствиями ХСН.

Данные, полученные психометрическим методом, демонстрируют низкие средние баллы по субшкалам «тревога о здоровье» и «страх негативных последствий» Краткого опросника тревоги о здоровье ($3,98 \pm 2,14$ и $4,48 \pm 2,44$ соответственно), что свидетельствует о верификации тревоги и страха о соматическом неблагополучии лишь при развернутом клиническом интервью в силу особенностей клинико-психопатологической картины, накладываемых искаженным восприятием болезни. Наблюдалась диссоциация между тревогой за здоровье без аффективных колебаний (Шкала депрессии Бека: когнитивно-аффективная субшкала - $1,4 \pm 2,6$, соматическая -

2,7±1,3) и демонстративно-пренебрежительным отношением к течению и прогнозу кардиологического заболевания.

Диссоциативная реакция по типу *detachment* (27 наблюдений, 14 мужчин, 13 женщин, средний возраст 61,30±12,8) характеризуется недооценкой тяжести сердечно-сосудистой патологии, реализующейся элиминацией последствий ХСН, отсутствием признаков нозогенного стресса при эго-дистонном отношении к собственному телу и, как следствие, симптомам ХСН.

В сопоставлении с *compartment*-диссоциацией у пациентов не верифицируется тревожная симптоматика даже при ухудшении соматического состояния и неоднократных декомпенсациях ХСН (Краткий опросник тревоги о здоровье, субшкалы «тревога о здоровье», «страх негативных последствий» - 3,98±2,14, 4,48±2,44 и 1,56±1,58 и 2,15±1,73, соответственно, $p < 0,05$).

Если больные с диссоциацией по типу *compartment*, несмотря на внешнюю браваду, испытывают тревогу и страх ухудшения состояния, то пациенты с *detachment*-диссоциацией, напротив, характеризуются равнодушным и безэмоциональным восприятием инвалидизирующих симптомов ХСН. Пациенты, лишённые полноценной двигательной активности, а часть больных (29,6%) даже будучи в инвалидном кресле в силу выраженной одышки, отеков вплоть до асцита, отмечали отсутствие серьёзной проблемы со здоровьем и сохраняли непреклонную уверенность в возможность возвращения к доболезненному образу жизни.

Клиническая картина *compartment*-диссоциации при ХСН реализуется в соответствии с традиционной концепцией диссоциативных расстройств, тогда как *detachment*-диссоциация при ХСН имеет отличительные особенности. В сопоставлении с диссоциацией по типу *detachment* в онкологической практике, реализующейся согласно традиционной концепции в виде абберантной ипохондрии (отрицание наличия заболевания сочетающееся с кататимно заряженными идеями абсолютного здоровья), при ХСН не наблюдается полное отрицание кардиологической патологии, а только тяжести и последствий заболевания, что обуславливается клиническими особенностями течения ХСН (длительное и медленное формирование и развития вследствие уже существующей сердечно-сосудистой патологии).

В группе диссоциации по типу *compartment* накапливались больные среднего и тяжелого состояния, о чем свидетельствуют практически равномерно представленные стадии ХСН по Василенко-Стражеско (2А - 59,1%; 2Б – 40,9%), а также превалирование III ФК по NYHA (75,5%). Тогда как *detachment*-диссоциация характерна для более тяжелых пациентов со 2Б стадией (77,8%, $p < 0,005$) с IV ФК по NYHA (66,7%, $p < 0,005$).

Деадаптивное восприятие жизнеугрожающего заболевания, как и при *compartment*-диссоциации, соотносится с низкой приверженностью лечению ХСН (Шкала Мориски-Грина - 0,5±1,2 и 0,8±1,2, соответственно). Однако наряду с игнорированием прописанных рекомендаций

для больных с диссоциацией по типу *detachment* было характерно активное вмешательство в назначенную схему лечения в виде тенденций в том числе и к использованию нетрадиционных методов лечения, что ещё в большей степени могло усугублять состояние и приводить к более частым декомпенсациям и госпитализациям ($4,1 \pm 1,8$ и $2,6 \pm 2,3$ в год, соответственно, $p < 0,005$), причем преимущественно экстренным.

Пациенты отрицали снижение качества жизни, влияние симптомов ХСН на привычный уклад, что расходится с объективными данными о степени тяжести ХСН. Если пациенты с *compartment*-диссоциацией, несмотря на недооценку тяжести ХСН, все-таки признавали умеренные ограничения, то больные с *detachment*-диссоциацией полностью отрицали негативное влияние симптомов ХСН на привычный уклад жизни вопреки объективно тяжелому кардиологическому состоянию (Опросник качества жизни - $41 \pm 2,3$ и $25 \pm 1,4$, соответственно, $p < 0,05$).

Тревожные расстройства (28 наблюдений, 10 мужчин, 18 женщин, ср. возраст $63,4 \pm 15,2$). Затяжное, хроническое течение изучаемой кардиологической патологии обуславливает превалирование тревожных расстройств длительного и непрерывного характера («соматизированное расстройство», F45.0 (35,7%), «другие реакции на тяжелый стресс», F43.8 (32,2%)).

Клиническая картина расстройств тревожного спектра сопоставима с современным понятием «ассоциированная с сердцем тревога» («heart-related anxiety»), включающим страх и тревогу о функционировании сердца, фиксацию и отслеживание работы сердца, а также избегание физической нагрузки (Краткий опросник о здоровье, субшкалы «тревога», «страх» и «бдительность к телесным ощущениям» - $11,6 \pm 4,4$, $6,7 \pm 2,9$ и $6,1 \pm 2,2$, соответственно). Центральной содержательной характеристикой тревожного симптомокомплекса определялся страх декомпенсации ХСН, который сочетался с уверенностью в скором неблагоприятном исходе, вопреки стабильному и удовлетворительному соматическому состоянию. Денотат переживаний пациентов различается в зависимости от степени тяжести ХСН: пациенты с более благоприятным кардиологическим статусом, прогнозом и низким ФК по NYHA рассказывали о страхе потери контроля над привычным образом жизни, вынужденного ограничения, невозможности продолжать трудовую деятельность; у больных с более тяжелым течением наблюдалась танатофобия, выраженность которой коррелировала с нарастанием одышки и ограничивалась страхом смерти именно в связи с декомпенсацией ХСН.

Наряду с явлениями нозофобий отмечаются и тревожные руминации, денотат которых в преобладающем большинстве наблюдений (70%) также ограничивается кардиологической патологией. Во всех наблюдениях верифицируются нарушения сна по типу ранней инсомнии, сочетающиеся с тревожными руминациями в отношении здоровья. Помимо тревоги и страха за

здоровье отмечаются конверсионные расстройства, проявления которых искаженно интерпретировались пациентами как декомпенсация ХСН (онемение, покалывание ног воспринимались как недостаточность кровообращения, чувство «кома в горле» как одышка). У 3 пациентов (10,7%) верифицировались панические атаки, проявляющиеся кардиофобией и амплификацией симптомов ХСН. Низкие показатели по Шкале депрессии Бека¹ доказывали принадлежность изучаемых наблюдений к тревожным расстройствам, а не депрессивным.

Депрессивные расстройства (17 наблюдений, 7 мужчин, 10 женщин, ср. возраст $64,3 \pm 13,5$). Ввиду затяжного и непрерывного течения кардиологической патологии в подавляющем большинстве наблюдаются депрессии с длительным течением («органические расстройства настроения», F06.3 (47,0%), «продолжительная депрессивная реакция», F43.21 (23,5%) и «дистимия», F34.1 (11,8%)).

В большинстве наблюдений (58,8%) депрессии синдромально квалифицируются как астено-апатические, которые соотносятся с соматогенными депрессиями. Клиническая картина наряду с гипотимией реализуется явлениями деморализации в виде превалирования в сознании пациентов чувства беспомощности, безысходности и бесперспективности проводимого лечения, сочетающимися с эмоциональной лабильностью, слабодушием, которые чередовались с проявлениями дисфории. Для пациентов характерны когнитивные нарушения, реализующиеся снижением концентрации внимания, трудностями при сосредоточении, снижением памяти.

Практически в одной трети случаев (29,4%) верифицируются нозогенные депрессии, манифестирующие как реакция пациента в ответ на развитие ХСН. У пациентов наряду с гипотимией наблюдаются тревожные опасения декомпенсации ХСН, а также дисфория, денотат которой ограничивается кардиологической патологией в виде недовольства врачами и рекомендованной схемой лечения. Важным аспектом течения нозогенных депрессий был психосоматический параллелизм, реализующийся обусловленностью аффективных колебаний декомпенсацией ХСН, особенно усугублением одышки.

Лишь в единичных наблюдениях (11,8%) верифицируются эндогенные депрессии, квалифицируемые как меланхолические.

Наличие аффективных расстройств подтверждалось и психометрическим обследованием (общий балл по шкале депрессии Бека - $21,6 \pm 4,4$, когнитивно-аффективная и соматическая субшкалы - $12,1 \pm 4,3$ и $9,5 \pm 2,5$, соответственно). Несмотря на включение в ряде случаев тревожной симптоматики в структуру депрессии, по результатам Краткого опросника тревоги о здоровье были выявлены низкие показатели по всем субшкалам («тревога о здоровье», «страх

¹ Важно акцентировать внимание на низких значениях именно по когнитивно-аффективной субшкале ($4,8 \pm 4,7$) в связи с тем, что высокие значения по соматической субшкале могут отражать проявления непосредственно соматической патологии или возрастные изменения.

негативных последствий», «бдительность к телесным ощущениям» $6,4 \pm 2,5$, $4,3 \pm 2,0$ и $3,4 \pm 1,4$ соответственно) по сравнению с пациентами с тревожными расстройствами ($p < 0,05$).

Формирование гетерогенных психических расстройств при ХСН ассоциировалось с различными как личностными характеристиками, так и кардиологическими показателями. В группе пациентов с диссоциативными расстройствами преимущественно преобладают больные с гипертимной (34,2%) и шизоидной (30,3%) акцентуациями, тревожными расстройствами – с тревожной (28,6%) и истерической (28,6%) акцентуациями, и с депрессивными расстройствами – с ананкастной (29,4%) и шизоидной (23,5%) акцентуациями ($p < 0,005$) (таблица 1).

Таблица 1 - Сравнительная характеристика показателей Пятифакторного личностного опросника

субшкалы	Диссоциативные расстройства	Тревожные расстройства	Депрессивные расстройства	p
интроверсия-экстраверсия	$49,5 \pm 10,2$	$49,2 \pm 10,7$	$48,2 \pm 13,9$	NS
обособленность-привязанность	$52,2 \pm 8,3$	$56,9 \pm 6,2$	$47,06 \pm 12,5$	$< 0,05$
импульсивность-самоконтроль	$52,4 \pm 6,7$	$50,6 \pm 17,9$	$50,2 \pm 15,6$	NS
эмоциональная устойчивость-эмоциональная неустойчивость	$42,1 \pm 11,0$	$36,3 \pm 10,9$	$45,2 \pm 12,1$	$< 0,05$
практичность-экспрессивность	$47,0 \pm 9,8$	$52,6 \pm 10,3$	$42,2 \pm 12,9$	$< 0,05$

Для пациентов с диссоциативными расстройствами были характерны наименьшая продолжительность ХСН и тяжелое кардиологическое состояние. Тревожные расстройства были характерны для пациентов вне зависимости от тяжести ХСН. В группе пациентов с депрессивными расстройствами преобладали пациенты с длительным течением и средней тяжестью ХСН (таблица 2).

Таблица 2 - Сравнительная характеристика кардиологических показателей пациентов с психическими расстройствами при ХСН

Показатель	Диссоциативные расстройства n=76	Тревожные расстройства, n=28	Депрессивные расстройства, n=17	p
Длительность ХСН от верификации до включения в исследование, лет	$3,2 \pm 3,8$	$4,1 \pm 4,2$	$6,1 \pm 3,2$	$< 0,05$
Среднее количество госпитализаций в связи с декомпенсацией ХСН в год, n	$3,2 \pm 1,7$	$2,2 \pm 1,4$	$2,3 \pm 1,0$	$< 0,05$

Продолжение Таблицы 2

Фракция выброса левого желудочка, ФВ ЛЖ % сниженная (<40) «промежуточная» (40-49) сохраненная (≥ 50)	28 (36,8%) 18 (23,7%) 30 (39,5%)	7 (25%) 9 (32,2%) 12 (42,8%)	7 (41,2%) 5 (29,4%) 5 (29,4%)	NS
Функциональный класс (NYHA): II III IV	10 (13,1%) 44 (57,9%) 22 (29,0%)	8 (28,5%) 17 (60,7%) 3 (10,8%)	0 15 (88,2%) 2 (11,8%)	<0,05
Методы лечения: терапевтическое лечение кардиохирургическое вмешательство	53 (69,7%) 23 (30,3%)	23 (82,1%) 5 (17,9%)	14 (82,3%) 3 (17,7%)	<0,05

Для пациентов с психическими расстройствами характерна низкая приверженность лечению, однако выраженность нарушений приверженности и паттерн дезадаптивного поведения в болезни различаются в зависимости от клинико-психопатологической картины (тест Мориски-Грина: диссоциативные, тревожные, депрессивные расстройства - $0,8 \pm 0,9$, $1,8 \pm 0,7$ и $1,2 \pm 1,1$, соответственно, $p < 0,05$). Так, если для пациентов с диссоциативными расстройствами характерно игнорирование рекомендаций, то для больных с тревожными расстройствами свойственен полярный дезадаптивный паттерн поведения, реализующийся «здоровье-сберегающими» мероприятиями. Особенности поведенческих паттернов, обусловленные депрессивными расстройствами, отражаются в пассивном и незаинтересованном поведении в отношении собственного здоровья.

Психические расстройства негативно влияют на качество жизни больных с ХСН (Опросник качества жизни: тревожные и депрессивные расстройства - $59,2 \pm 12,5$ и $57,1 \pm 15,2$, соответственно). При этом важно отметить, что несмотря на то, что в группе диссоциативных расстройств накапливались пациенты с тяжелой ХСН, больные ввиду искаженного восприятия болезни отрицали негативное влияние симптомов ХСН на качество жизни (Опросник качества жизни - $33,0 \pm 14,0$).

Астенический симптомокомплекс у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Для всех пациентов клинико-иммунологической выборки (62 наблюдения) были характерны разнообразные проявления астении, реализующиеся повышенной слабостью, трудностями инициации деятельности, быстрой физической истощаемостью, не соизмеримой с выполняемой активностью с учетом соматического состояния и возрастными изменениями. При этом важно отметить, что пациенты сообщали не о нежелании выполнять какую-либо деятельность, а о нехватке сил и энергии в отсутствии облигатных депрессивных симптомов

(подавленность, ангедония), что позволяет исключить формирование астении в рамках депрессивной патологии. Для более возрастных пациентов характерна более выраженная «общая астения» ($p < 0,005$). Также наблюдается взаимосвязь между выраженностью астенического симптомокомплекса и тяжестью ХСН: для более тяжелой ХСН были характерны более выраженные проявления «физической астении» и «общей астении» ($p < 0,005$). Астенический симптомокомплекс негативно влияет на качество жизни пациентов (средний суммарный балл по Опроснику качества жизни $43 \pm 5,2$), что прослеживается по всем составляющим дименсиям астении ($p < 0,005$).

Клиническая структура астенического симптомокомплекса различалась у пациентов с ХСН без психической патологии и с гетерогенными психическими расстройствами. У пациентов с ХСН без психической патологии преобладали жалобы на «общую астению» и «физическую астению», тогда как больные с расстройствами депрессивного спектра наряду с вышеперечисленными проявлениями астенического симптомокомплекса отмечали и выраженную «психическую астению» ($p < 0,005$), «пониженную активность» ($p < 0,005$) и «снижение мотивации» ($p < 0,005$), что обусловлено преобладанием депрессий синдромально квалифицируемых как астено-апатические. Структура астенического симптомокомплекса у пациентов с тревожными расстройствами была сопоставима с больными без психической патологии, за исключением показателя «пониженная активность» ($p < 0,005$), что детерминировано проявлениями тревоги о здоровье и дезадаптивным поведением. Больные с диссоциативными расстройствами, несмотря на тяжелое состояние, отрицали все проявления астенического симптомокомплекса (рисунок 2).

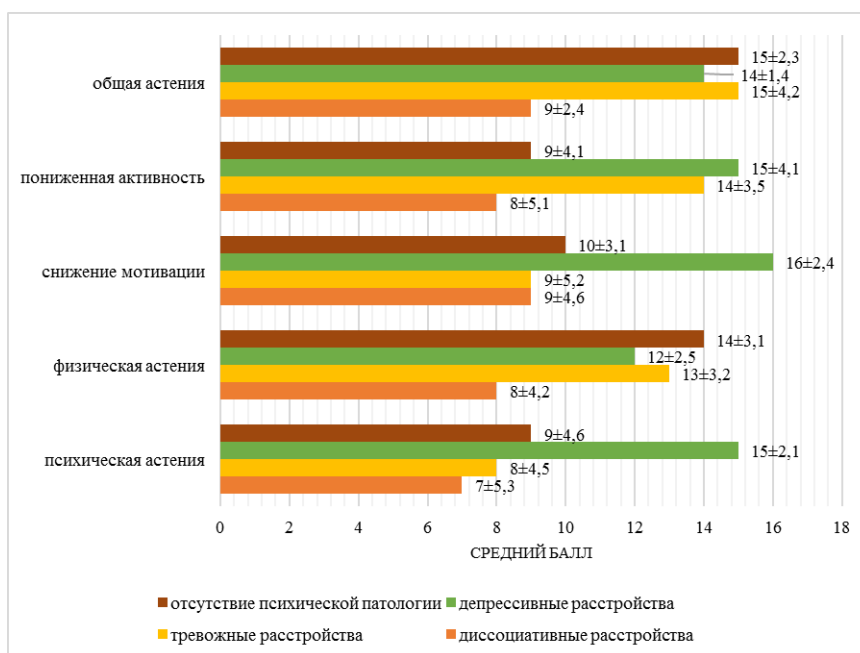


Рисунок 2 – Сравнительная характеристика клинической структуры астенического симптомокомплекса у пациентов с ХСН без психической патологии и с гетерогенными психическими расстройствами

Таким образом, с целью объективной верификации астении определен клинико-иммунологический профиль пациентов с астенией при ХСН (таблица 3).

Таблица 3 - Иммунологические показатели плазмы крови у пациентов с астенией и ХСН (Ме (Q1-Q3))

Иммунологические показатели	ХСН (n=62)	Нормативные значения контроль к группе (n=45)	p
Активность ЛЭ, нмоль/мин·мл	196,2 (179,3-226,8)	213,8 (196,6-224,6)	<0,001
Активность α_1 -ПИ, ИЕ/мл	48,6 (41,6-51,5)	37,8 (34,3-41,1)	0,621
ЛИИ	4,2 (3,6-5,0)	5,6 (5,1-6,3)	<0,001
ИЛ-6, пг/мл	12,7 (4,6-18,7)	4,1 (3,1-4,7)	<0,001
СРБ, мг/л	24,3 (19,0-28,5)	7,5 (4,8-11,7)	<0,001
АТ к S100В, ед.опт.пл.	0,72 (0,63-0,82)	0,63 (0,56-0,73)	0,181
АТ к ОБМ, ед.опт.пл.	0,67 (0,61-0,77)	0,73 (0,65-0,80)	0,641

Пациенты с астенией и ХСН характеризовались разнонаправленными изменениями соотношения активности ЛЭ и её ингибитора α_1 -ПИ (ЛИИ), достигающего достоверных различий с нормативными показателями ($p < 0,001$). Также выявлены отрицательные корреляционные связи между активностью эластазы и выраженностью ряда дименсий астенического симптомокомплекса по MFI-20 («общей астенией» ($\rho = -0,42$; $p < 0,001$), «снижением активности» ($\rho = -0,401$; $p = 0,016$), «физической астенией» ($\rho = -0,497$; $p < 0,001$) и суммарным баллом по шкале астении MFI-20 ($\rho = -0,472$; $p < 0,001$)), что, предположительно, может отражать снижение дегрануляционной активности нейтрофилов при развитии астении и свидетельствуют о вовлеченности нейтрофилов в патогенез этих состояний. Определение уровня антител в плазме крови пациентов показало повышение медианы уровня антител к белку S-100В у пациентов с астенией и ХСН ($p < 0,01$). Более высокий уровень сывороточных антител к обоим антигенам был характерен для пациентов с ХСН, находящихся на II А стадии заболевания (0,75 (0,68-0,89) и 0,71 (0,65-0,81)) по сравнению II В стадией (0,68 (0,62-0,77) и 0,64 (0,6-0,74) ($p = 0,041$ для S-100В и $p = 0,024$ для ОБМ)). Получены прямые корреляции между клиническими проявлениями «общей астении» и концентрацией ИЛ-6 ($\rho = 0,53$; $p = 0,011$), СРБ ($\rho = 0,22$; $p = 0,031$), а также между этими показателями и возрастом больных ($\rho = 0,49$; $p = 0,019$ и $\rho = 0,21$; $p = 0,038$, соответственно).

Терапия психических расстройств у пациентов с хронической сердечной недостаточностью

Терапевтическую выборку составили 81 пациент (67,9%), давших добровольное информированное согласие на проведение психофармакологического и психотерапевтического лечения и завершивших полный курс терапии. Определены эффективные дозировки психотропных препаратов для лечения психических расстройств у пациентов с ХСН (таблица 4).

Таблица 4 - Суточные дозировки препаратов, применявшихся для терапии психических расстройств у пациентов с ХСН

Препарат	Суточная дозировка (мин-макс, мг)
Антидепрессанты	
Сертралин	50-150
Эсциталопрам	5-10
Вортиоксетин	10-20
Агомелатин	25-50
Транквилизаторы	
Этифоксин	50-150
Гидроксизин	12,5-25
Нейролептики	
Алимемазин	2,5-5

Нежелательные экстракардиальные эффекты наблюдались в 11 случаях (13,6%) в виде тошноты на фоне приема антидепрессантов группы СИОЗС (5 наблюдений), и повышенной дневной сонливости при приеме гидроксизина (3 наблюдения), алимемазина (3 наблюдения). В 6 наблюдениях нежелательные эффекты носили кратковременный характер и не требовали коррекции, в 5 наблюдениях была проведена замена препарата: антидепрессанты группы СИОЗС на вортиоксетин, агомелатин; гидроксизин на этифоксин. Наряду с приемом психофармакотерапии пациенты проходили курс психотерапии в рамках КПТ, наиболее изученном и эффективном направлении для работы с пациентами с ХСН. Психотерапевтические сессии проходили 1 раз в неделю продолжительностью 50 минут на протяжении 8 недель².

Эффективность проводимой терапии оценивалась с помощью шкалы общего клинического впечатления (CGI), а также соответствующих психометрических методик в зависимости от психопатологической структуры³. Каждый пациент изучаемой выборки наблюдался в течение 6-8 недель, оценка ответа на терапию производилась на основании динамики психопатологической симптоматики на 5, 10 день, 2,4,6 и 8 неделе терапии. Респондерами определялись пациенты с более чем 50% снижением баллов по шкале CGI, частичными респондерами - с более чем 25% снижением.

² При невозможности проведения сессий очно использовался дистанционный формат с привлечением родственником пациентов.

³ Для оценки редукции психопатологической симптоматики использовались следующие психометрические методики: Шкала депрессии Бека (BDI); Краткий опросник тревоги о здоровье (SHAI), Шкала диссоциации (DES)

Для терапии **диссоциативных расстройств по типу compartment** (28 наблюдений) с целью купирования тревожной симптоматики в структуре диссоциации использовались транквилизаторы. Психотерапевтическое лечение⁴ было направлено на формирование осознанности и осведомленности в сфере физических ощущений («body scan»), развитие эффективной стратегии эмоциональной регуляции посредством обозначения тревожной симптоматики, выявления взаимосвязи между тревогой о здоровье, убеждениями и неэффективными копинг-стратегиями, идентификации и отработки более продуктивных копинг-стратегий («протест», «кооперация»). Также все пациенты обучались техникам релаксации, направленных на развитие навыков самостоятельно справляться с тревогой о здоровье. Доля респондеров к 6-8 неделе терапии составила 13 наблюдений (46,4%): «значительное» и «очень значительное» улучшение (1-2 балла) по шкале CGI, средний балл по Шкале диссоциации снизился с $23 \pm 2,1$ до $10 \pm 3,2$.

Для лечения **диссоциативных расстройств по типу detachment** (11 наблюдений) ввиду отсутствия показаний для использования психотропных препаратов медикаментозная терапия не применялась. Основное лечение заключалось в использовании психотерапевтических техник⁵, направленных на формирование адаптивных убеждений о функционировании организма, развитие навыков заботы о здоровье как основного источника социального и личностного функционирования со становлением понимания неотделимости заботы о здоровье со всеми жизненными аспектами. Доля респондеров к 6-8 недели терапии составила 18,1% (2 наблюдения) - по шкале CGI «значительное» и «очень значительное» улучшение, средний балл по Шкале диссоциации снизился с $28 \pm 3,1$ до $12 \pm 4,2$.

Терапия **тревожных расстройств** (27 наблюдений) проводилась антидепрессантом из группы СИОЗС с доказанной эффективностью в отношении тревожно-фобической симптоматики и наиболее благополучным профилем безопасности применения у пациентов с ХСН. В первые 10-14 дней в 10 наблюдениях для более эффективного купирования тревожно-фобической симптоматики в схему терапии антидепрессантом включалось назначение анксиолитиков. В 9 наблюдениях ввиду превалирования в клинической картине стойкой ипохондрической симптоматики, с целью аугментации назначался нейролептик с выраженным противотревожным и вегетостабилизирующим эффектом (алимемазин), безопасный для лечения у больных кардиологического профиля. Психотерапевтическое лечение⁶ было направлено на

⁴ Полный или частичный курс психотерапии, предусмотренный в рамках настоящего исследования, завершили 15 пациентов (53,6%) с compartment-диссоциацией

⁵ Полный или частичный курс психотерапии, предусмотренный в рамках настоящего исследования, завершили 3 пациента (27,2%) с detachment-диссоциацией

⁶ Полный или частичный курс психотерапии, предусмотренный в рамках настоящего исследования, завершили 16 пациентов (59,2%) с тревожными расстройствами

выявление дисфункциональных убеждений о ХСН, уменьшение катастрофизации при возникновении любых телесных симптомов с развитием адаптивных поведенческих паттернов, включающих в том числе поддержание должного уровня работоспособности и выполнении адекватной и неопасной физической нагрузки в соответствии с ФК по NYHA. Также все пациенты были обучены техникам релаксации. Доля респондеров к 6-8 неделе терапии составила 20 наблюдений (74,0%): по шкале CGI отмечалось «значительное» и «очень значительное» улучшение (1-2 балла), также наблюдалось снижение баллов по Краткому опроснику тревоги о здоровье по всем субшкалам («тревога о здоровье» с $11,6 \pm 4,4$ до $5 \pm 2,3$, «страх негативных последствий» с $6,7 \pm 2,9$ до $2 \pm 2,1$, «бдительность к телесным ощущениям» с $6,1 \pm 2,2$ до $4,2 \pm 1,5$).

Лечение **депрессивных расстройств** (17 наблюдений) осуществлялось антидепрессантами разных фармакологических групп в зависимости от структуры клинической картины. Ввиду преобладания в клинической выборке синдромально астено-апатических депрессий в исследовании широко применялись антидепрессанты с активирующим действием. Психотерапевтическое лечение⁷ заключалось в поведенческой активации, формировании мотивации к лечению. Доля респондеров составила 64,7% (11 наблюдений): по шкале CGI отмечалось «значительное» и «очень значительное» улучшение, также наблюдалось снижение баллов по Шкале депрессии Бека с $21,6 \pm 4,4$ до $8 \pm 1,2$.

ВЫВОДЫ

1. Встречаемость психических расстройств при ХСН составляет 60,5% и распределяется следующим образом: диссоциативные - 38,0% ($p < 0,005$), тревожные – 14,0%, депрессивные - 8,5%;

2. Клинически гетерогенные психические расстройства при ХСН ассоциируются с дезадаптивными поведенческими паттернами, снижением приверженности терапии и качества жизни и отражают вклад личностных характеристик и клинических особенностей ХСН;

2.1. Диссоциативные расстройства у пациентов с ХСН ассоциируются с низкой приверженностью лечению (средний балл по шкале Мориски-Грина - $0,8 \pm 0,9$), отрицанием негативного влияния ХСН на качество жизни (средний балл по Миннесотскому опроснику качества жизни у больных ХСН - $33,0 \pm 14,0$) и формируются преимущественно при непродолжительном и тяжелом течении ХСН (средняя длительность - $3,2 \pm 3,8$ лет, III и IV ФК по NYHA - 57,9% и 29,0% соответственно) у лиц с преобладанием гипертимной акцентуации (34,2%) при compartment-диссоциации и шизоидной акцентуации (30,3%) при detachment-диссоциации;

⁷ Полный или частичный курс психотерапии, предусмотренный в рамках настоящего исследования, завершили 7 пациентов (41,2%) с депрессивными расстройствами

2.2. Тревожные расстройства у пациентов с ХСН ассоциируются со снижением приверженности терапии (средний балл по шкале Мориски-Грина - $1,8 \pm 0,7$) и качества жизни (средний балл по Миннесотскому опроснику качества жизни у больных ХСН - $59,2 \pm 12,5$), формируются при средней продолжительности ХСН вне зависимости от тяжести состояния (средняя длительность - $4,1 \pm 4,2$ лет, II, III и IV ФК по NYHA - 28,5%, 60,7% и 10,8% соответственно) у лиц с преобладанием тревожной (28,6%) и истерической (28,6%) акцентуаций;

2.3. Депрессивные расстройства у пациентов с ХСН ассоциируются со снижением приверженности терапии (средний балл по шкале Мориски-Грина - $1,2 \pm 1,1$) и качества жизни (средний балл по Миннесотскому опроснику качества жизни у больных ХСН - $57,1 \pm 15,2$), формируются при длительном течении ХСН средней тяжести состояния (средняя длительность - $6,1 \pm 3,2$ лет, III ФК по NYHA - 88,2%) у лиц с преобладанием ананкастической (29,4%) и шизоидной (23,5%) акцентуаций;

3. Астенический симптомокомплекс при ХСН является транснозологическим конструктом и характеризуется преобладанием параметров физической астении (средний балл по субшкалам физическая и психическая астения MFI-20 - $14 \pm 3,1$ и $9 \pm 4,6$ соответственно, $p < 0,005$); в случаях коморбидности ХСН с психическими нарушениями наряду с физической (средний балл по субшкале физическая астения MFI-20 - $12 \pm 2,5$) отмечаются и проявления психической астении (средний балл по субшкале психическая астения MFI-20 - $15 \pm 2,1$);

4. Клинико-психопатологическая структура («общая астения», «снижение активности», «физическая астения») и выраженность астенического симптомокомплекса (средний суммарный балл по MFI-20 - $58,20 \pm 16,15$) ассоциированы с дисбалансом лейкоцитарно-ингибиторной системы (лейкоцитарно-ингибиторный индекс - 4,2, активность лейкоцитарной эластазы - $196,2$ нмоль/мин·мл, ИЛ-6 - 12,7 пг/мл, СРБ - 24,3 мг/л, $p < 0,005$)

5. Комплексный подход к терапии пациентов с коморбидными ХСН психическими расстройствами включает психофармакотерапевтические (с учетом гетерогенности психических нарушений и профиля безопасности лекарственных взаимодействий) и психотерапевтические интервенции, эффективность которых оценивается по соответствующим шкалам;

5.1. Эффективность комплексной терапии диссоциативных расстройств по типу compartment (направлена на редукцию тревожных проявлений, формирование продуктивной стратегии эмоциональной регуляции и осознанности в сфере телесных ощущений) составляет 46,4%;

5.2. Эффективность терапии диссоциативных расстройств по типу detachment (направлена на формирование адаптивных убеждений о функционировании организма и интеграции заботы о здоровье в систему жизненных ценностей) составляет 18,2%;

5.3. Эффективность комплексной терапии тревожных расстройств (направлена на редукцию тревожной симптоматики и снижение представлений о катастрофизации симптомов ХСН) составляет 74,0%;

5.4. Эффективность комплексной терапии депрессивных расстройств (направлена на редукцию депрессивной симптоматики, поведенческую активацию и формирование мотивации к лечению) составляет 64,7%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При ведении пациентов с ХСН необходимо проводить скрининг на психические расстройства

2. Особое внимание следует уделять пациентам, недооценивающим тяжесть своего соматического состояния, отрицающим негативное влияние ХСН на качество жизни, что прослеживается при расхождении субъективного восприятия симптомов ХСН, в том числе и отрицании проявлений астенического симптомокомплекса, и данных объективных анамнестических сведений и результатов клинико-лабораторных исследований

3. Выявленные закономерности иммунологических показателей могут использоваться в качестве дополнительных биомаркеров для верификации астении у пациентов с декомпенсированными формами сердечно-сосудистых патологий

4. Терапия психических расстройств при ХСН должна включать комплексный подход, заключающийся в применении психообразования, психотерапии и использовании психофармакотерапии с учетом ведущего психопатологического симптомокомплекса при совместной курации врачей-психиатров/психотерапевтов, кардиологов и младшего медицинского персонала. Медикаментозная терапия должна проводиться с учетом соотношения эффективности и безопасности кардиологического профиля

Перспективы разработки темы заключаются в проведении дальнейших клинических исследований на контингенте пациентов с ХСН с учетом представленной в работе типологии. Указанные иммунологические показатели могут служить основой для разработки новых патогенетически обоснованных алгоритмов терапии астении с целью оптимизации лечебных мероприятий. Разработанная в настоящем исследовании концепция формирования психических расстройств с учетом разнотипного вклада личностного и соматического факторов может быть экстраполирована на модели других кардиологических и соматических заболеваний.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Фомичева А. В.** Диссоциативные нозогенные реакции при хронической сердечной недостаточности/А. В. Фомичева, А. А. Любавская, Е. А. Баширова//Материалы Всероссийской конференции молодых ученых посвященной памяти академика АМН СССР А. В. Снежневского, 9 октября 2020 года: Сборник научных трудов. М.: ФГБНУ НЦПЗ. - 2020. – С. 85-91

2. **Фомичева А. В.** Клинико-иммунологический профиль астенических расстройств у пациентов с хронической сердечной недостаточностью/А. В. Фомичева, С. А. Зозуля, Т. П. Ключник, Д. А. Андреев, А. А. Любавская, Б. А. Волель//Сборник тезисов XV Всероссийской Школы молодых психиатров «Суздаль-2021», 25 сентября 2021года 2021. – С. 393-397

3. **Фомичева А. В.** Психические расстройства при хронической сердечной недостаточности/ **А. В. Фомичёва**, Д. А. Андреев, Б. А. Волель//**Психиатрия**. – 2021 – Т.19 - №4. - С. 109-124

4. **Фомичева А. В.** Клинико-психопатологические аспекты нозогенных реакций при хронической сердечной недостаточности/А. В. Фомичева, Д. А. Андреев, А. А. Любавская, А. Н. Симонов, Б. А. Волель//**Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова**. – 2022. – Т. 122. - №9. - С. 86-94 [Scopus]

5. **Фомичева А. В.** Клинико-иммунологические показатели в диагностике астенического синдрома у больных с хронической сердечной недостаточностью/С. А. Зозуля, Б. А. Волель, А. В. Фомичёва, Д. А. Андреев, И. Н. Отман, Т. П. Ключник//**Психиатрия**. – 2022. – Т. 20. - №4. – С.96-106 [Scopus]

6. **Фомичева А. В.** Relationship between dissociative disorders and maladaptive behavior in patients with chronic heart failure/**Fomicheva A. V.**, Andreev D. A., MD, Petelin D. S., PhD, Simonov A. N, PhD, Volel B. A., MD// **Journal of International Dental and Medical Research**. – 2022. - 15(3): 1410-1415 [Scopus]

7. **Фомичева А. В.** Клинические особенности астенических расстройств при хронической сердечной недостаточности/А. В. Фомичева, Б. А. Волель, Д. В. Трошина, Д. А. Андреев, А. Н. Симонов, С. А. Зозуля, Т. П. Ключник//**Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова**. – 2023. –Т.123. - №2. – С.104-111 [Scopus]

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

α 1-ПИ – ингибитор активности лейкоцитарная эластаза

ИЛ 6 – интерлейкин 6

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

ЛИИ –лейкоцитарно-ингибиторный индекс

ЛЭ – лейкоцитарная эластаза

СИОЗС – селективный ингибитор обратного захвата серотонина

СРБ – С-реактивный белок

ФВ ЛЖ – фракция выброса

ФК по NYHA – функциональный класс по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации

ХСН – хроническая сердечная недостаточность