

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
И. М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

*На правах рукописи*

*ИР огу*

Фомичева Анастасия Вячеславовна

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

3.1.17. Психиатрия и наркология

Диссертация  
на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**  
доктор медицинских наук, профессор  
Волель Беатриса Альбертовна

Москва – 2026

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ .....	3
ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ .....	17
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ .....	49
ГЛАВА 3. ТИПОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ .....	66
ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ .....	146
ГЛАВА 5. ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ .....	157
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	173
ВЫВОДЫ .....	205
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	208
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	209
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	212

## ВВЕДЕНИЕ

### 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%) [22, 55, 87, 197, 229, 234]. ХСН характеризуется прогрессивным течением, частыми повторными госпитализациями, высоким уровнем инвалидизации и смертности [6, 22, 80, 223, 269]. Кроме того, к настоящему времени отмечается рост доли пациентов с тяжелым течением ХСН высокого функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA) [22, 36, 53].

Наряду с основными факторами риска прогрессирования ХСН (соматическая отягощенность, прием препаратов с отрицательным инотропным или кардиотоксичным эффектом и др.) 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 [11, 22, 24, 35, 55, 57, 82, 84, 110, 117, 246]. 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) [193, 256].

На формирование психических расстройств при ХСН оказывают влияние и клинические особенности непосредственно соматического заболевания (тяжесть, длительность ХСН, компенсированное/декомпенсированное состояния), однако такая корреляция прослеживается не для всех психических патологий. Так, имеются данные о взаимосвязи между тяжестью ХСН, определяемой ФК по NYHA, и выраженностью депрессивных симптомов, но при этом ассоциация между тяжестью кардиологического состояния и тревогой не выявляется [34, 57, 232, 270].

В формировании психических расстройств помимо клинических особенностей ХСН определяется и вклад личностных характеристик пациентов [37, 162, 257]. Так, еще с середины XX века личностная предрасположенность рассматривалась в качестве триггерного фактора возникновения и прогрессирования определенных соматических заболеваний.

Отдельной значимой проблемой при изучении психической патологии при ХСН является астения, представляющая собой транснозологический 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 [68, 133, 135, 141, 245]. 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 представляет 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 [25, 155, 185, 190, 221].

### **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 [102, 245], выполненных в клиничко-психопатологическом подходе, демонстрируют накопление гетерогенных психических расстройств при ХСН. При этом большинство работ посвящены изучению расстройств депрессивного и тревожного спектра, тогда как в клинической реальности наблюдаются и диссоциативные расстройства, ассоциирующиеся с недооценкой тяжести состояния и приводящие посредством дезадаптивного поведения в болезни к прогрессированию соматической патологии. Однако существование диссоциативных расстройств при ХСН прослеживается лишь косвенно в единичных работах. Между тем аналогичные исследования, проведенные на пациентах кардиологического профиля (больные с фибрилляцией предсердий, в предоперационном периоде аортокоронарного шунтирования), свидетельствуют о неоспоримой клинической значимости диссоциативных расстройств.

Также остаются мало разработанными вопросы о вкладе личностных характеристик и клинических особенностей течения 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.

Остается недостаточно изученным вопрос патофизиологических механизмов возникновения астении при ХСН. При этом проведенные к настоящему времени исследования позволяют сделать вывод о вовлеченности иммунной системы в патогенез астенического симптомокомплекса.

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

Соответственно осуществлялось решение следующих задач 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 персонализированных 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**

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) ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (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 Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского (и.о. зав. каф. – д.м.н. Б.А. Волель) и кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского (зав. каф. – д.м.н. Д.А. Андреев).

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 – трансонологического конструкта, характерного как для ХСН, так и коморбидных депрессивных расстройств). Для изучения патогенеза астении, а также объективизации возможных диагностических мероприятий применялось иммунологическое обследование,

проводимое сотрудниками лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – д.м.н. Ю.А. Чайка).

I этап исследования – скрининг психических расстройств среди пациентов с ХСН, давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Процедура скрининга включала использование Госпитальной шкалы депрессии и тревоги (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) и Шкалы диссоциации (Dissociative Experience Scale, DES), по итогу которой были сформированы две группы пациентов: 1-ая группа – больные с депрессивными, тревожными и диссоциативными расстройствами; 2-ая группа – пациенты без психических расстройств.

II этап исследования – комплексное обследование, в результате которого на основании 1-ой группы скрининга была сформирована клинко-психопатологическая выборка, составившая 121 наблюдение с психическими расстройствами, на основании 2-ой группы скрининга с целью изучения и проведения дифференциальной диагностики астении как симптома ХСН и коморбидных психических расстройств – клинко-иммунологическая выборка, представляющая 62 наблюдения.

Критерии включения клинко-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 (I50 по МКБ-10);

- наличие одного из психических расстройств согласно критериям МКБ-10:

- а) депрессивные расстройства: депрессивный эпизод – F32; рекуррентное депрессивное расстройство – F33; дистимия – F34.1; короткая депрессивная реакция – F43.20; пролонгированная депрессивная реакция – F43.21; органические расстройства настроения – F06.3

- б) тревожные расстройства: паническое расстройство – F41.0; генерализованное тревожное расстройство – F41.1; другие реакции на тяжелый

стресс (нозогенная реакция с тревожной симптоматикой) – F43.8; соматизированное расстройство – F45.0;

в) диссоциативные расстройства: другие реакции на тяжелый стресс (нозогенная реакция с диссоциативной симптоматикой) – F43.8.

Критерии невключения клинико-психопатологической выборки:

– сопутствующие неврологические и другие соматические заболевания, клиническая картина которых может включать астению: старческая астения/слабость (R54); переутомление (Z73.0); системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему (G10-G13); экстрапирамидные и другие двигательные нарушения (G20-G26); другие дегенеративные болезни нервной системы (G30-G32); демиелинизирующие болезни центральной нервной системы (G35-G37); полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы (G60-G64); болезни нервно-мышечного синапса и мышц (G70-G73); другие нарушения нервной системы (G90-G99); нарушения функционирования щитовидной железы (E00-E07); онкологическое заболевание (C00-C97); системные поражения соединительной ткани (M30-M36); саркоидоз (D86); другая хроническая обструктивная легочная болезнь (J44); астма (J45); другие виды гиперсекреции коры надпочечников (E27); болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (анемии, связанные с питанием – D50-D53; гемолитические анемии – D55-D59; апластические и другие анемии – D60-D64; нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния – D65-D69; другие болезни крови и кроветворных органов – D70-D77; отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм – D80-D89);

– обострение воспалительных и инфекционных заболеваний в течение 2 месяцев до начала обследования;

– состояния тяжелой соматической декомпенсации, препятствующие выполнению полноценного психопатологического обследования;

– шизофрения: параноидная – F20.0, гебефреническая – F20.1, кататоническая – F20.2; хронические бредовые расстройства – F22; острые психотические расстройства – F23; шизоаффективные расстройства – F25;

– биполярное аффективное расстройство – F31;

– органические психические расстройства: деменция при болезни Альцгеймера – F00, сосудистая деменция – F01; деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках – F02; деменция неуточнённая – F03; органический амнестический синдром – F04; делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами – F05; органический галлюциноз – F06.0; органическое кататоническое состояние – F06.1; органическое бредовое шизофреноподобное расстройство – F06.2;

– психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ: острая интоксикация – F01.x0; абстинентное состояние с делирием – F01.x4; психотическое расстройство – F01.x5; амнестический синдром – F01.x6.

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 (I50 по МКБ-10);

– 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: старческая астения/слабость (R54); переутомление (Z73.0); системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему (G10-G13); экстрапирамидные и другие двигательные нарушения (G20-G26); другие дегенеративные болезни нервной системы (G30-G32); демиелинизирующие болезни центральной нервной

системы (G35-G37); полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы (G60-G64); болезни нервно-мышечного синапса и мышц (G70-G73); другие нарушения нервной системы (G90-G99); нарушения функционирования щитовидной железы (E00-E07); онкологическое заболевание (C00-C97); системные поражения соединительной ткани (M30-M36); саркоидоз (D86); другая хроническая обструктивная легочная болезнь (J44); астма (J45); другие виды гиперсекреции коры надпочечников (E27); болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (анемии, связанные с питанием – D50-D53; гемолитические анемии – D55-D59; апластические и другие анемии – D60-D64; нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния – D65-D69; другие болезни крови и кроветворных органов – D70-D77; отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм – D80-D89);

– обострение воспалительных и инфекционных заболеваний в течение 2 месяцев до начала обследования;

– состояния тяжёлой соматической декомпенсации, препятствующие выполнению полноценного психопатологического обследования.

На основе клинико-психопатологической выборки была сформирована терапевтическая выборка среди пациентов, давших добровольное информированное согласие на проведение психофармакологического и психотерапевтического лечения и завершивших полный курс терапии и составивших 81 наблюдение.

Методы исследования включали психопатологический, психометрический<sup>1</sup>, а также соматическое обследование (рутинные методы, предусмотренные стандартом оказания стационарной помощи в связи с диагнозом ХСН). Также проводилось иммунологическое обследование с определением ряда воспалительных и аутоиммунных маркеров с целью изучения патогенеза астении. В исследовании применялись статистические методы обработки данных. Сравнение средних величин осуществлялось с помощью критерия Колмогорова-

---

<sup>1</sup> Психометрическое исследование проводилось клиническим психологом А.А. Любавской.

Смирнова. Для оценки достоверности различий использовался двухсторонний критерий Фишера. Для проверки гипотез о значимости различий использовался непараметрический критерий (U-test) Манна-Уитни. Для уточнения особенностей некоторых анализируемых параметров применялись показатели описательной статистики. 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. Е.А. Макух УКБ №1 ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

### **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. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно пунктам 2 («Категориальный и размерный подходы к классификации. Общая и частная психопатология»), 3 («Общие патогенетические основы психической патологии, зависимости от психоактивных веществ и нехимических аддикций. Этиология и факторы риска. Роль нейрофизиологических, нейробиологических, генетических, молекулярно-биологических, иммунологических, токсикологических, патоморфологических, конституциональных, индивидуально психологических, психосоциальных и других факторов в патогенезе, клинике, течении и прогнозе психических и наркологических заболеваний, сексуальных расстройств»), 4 («Клиника психических расстройств, алкоголизма, наркоманий, токсикоманий и нехимических аддикций») специальности Психиатрия и наркология.

### **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.

## ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является осложнением подавляющего большинства сердечно-сосудистых заболеваний, таких как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, фибрилляция предсердий, и ряда других некардиологических патологических процессов (хроническая обструктивная болезнь легких, анемия, острое нарушение мозгового кровообращения), развивающееся в результате структурных и/или функциональных нарушений сердца в условиях нарушения баланса вазоконстрикторных и вазодилатирующих нейрогормональных систем, что приводит к мультисистемному поражению организма [22, 87]. Клинически ХСН реализуется комплексом симптомов, среди которых ведущими выделяют одышку, отеки, снижение толерантности к нагрузкам [11, 24, 272].

Согласно эпидемиологическим исследованиям распространенность ХСН достигает 10% среди возрастного населения старше 70 лет [197, 234]. Кроме того, ХСН поражает и более молодых лиц трудоспособного возраста (1-2%) [197, 234]. К настоящему времени помимо значительного роста доли пациентов с впервые выявленной ХСН, отмечается также и увеличение доли больных с тяжелой ХСН высокого функционального класса (ФК) по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA): с 1,2% до 4,1%<sup>2</sup> [22, 53].

ХСН характеризуется прогрессивным течением, частыми повторными госпитализациями, высоким уровнем инвалидизации и смертности<sup>3</sup> [22, 80, 223]. После выписки из стационара в течение месяца повторно госпитализируется 1/3 пациентов, а в течение года уже больше половины больных с ХСН нуждаются в повторном стационарном лечении. Декомпенсация ХСН является причиной госпитализации каждого второго пациента в кардиологическое отделение,

---

<sup>2</sup> Непрестанный рост заболеваемости ХСН обусловлен увеличением продолжительности жизни населения. Так, более 65% больных с ХСН лица старше 60 лет, а средний возраст составляет  $72,8 \pm 11,9$  лет.

<sup>3</sup> Средняя продолжительность жизни пациентов с ХСН I-II ФК определяется 7,8 годами (максимальное количество прожитых лет – 15,1), а среди больных ХСН III-IV ФК средняя продолжительность жизни составляет уже 4,8 года (максимальное количество прожитых лет – 10,1).

а диагноз ХСН верифицируется у 92% стационарных пациентов с кардиологической патологией. Общая смертность больных с ХСН превышает популяционную в 10 раз и составляет 6% [22].

Согласно последним клиническим рекомендациям по ХСН Европейского общества кардиологов 2021 года в дефиниции ХСН акцентируется внимание на многофакторности и комплексности синдрома [11, 24]. Таким образом, к факторам риска прогрессирования ХСН наряду с основными, такими как соматическая отягощенность, низкая комплаентность, прием препаратов с отрицательным инотропным или кардиотоксичным эффектом и др. [55], опосредованно относятся и коморбидные психические расстройства, приводящие к снижению качества жизни, увеличению количества госпитализаций и повышенной смертности [22, 102, 110, 117, 245, 246]. Среди психической патологии при ХСН наиболее распространенными являются расстройства депрессивного (13-77,5%) и тревожного (6,3-72,3%) спектра, тогда как более тяжелые психические расстройства, в том числе психотического регистра и шизофрения, редко верифицируются при ХСН в популяциях больных общемедицинского профиля [102].

В клинической практике наряду с депрессивными и тревожными расстройствами при ХСН наблюдаются и диссоциативные расстройства, негативно влияющие на течение и прогноз кардиологического заболевания посредством наиболее выраженного патологического поведения в болезни в виде откладывания обращения за специализированной помощью, несоблюдения общих рекомендаций и даже отказа от приема кардиотропных препаратов [193, 256]. При этом сведения о диссоциативных расстройствах ограничиваются отдельными сообщениями, несмотря на их неоспоримую клиническую значимость.

Отдельно следует выделить астению при ХСН, наблюдающуюся у преобладающего количества больных (50-96%) и являющуюся диагностически значимым симптомокомплексом, прогрессирование которого может указывать на усугубление соматического состояния [133, 182]. Важно отметить, что астения, будучи транснозологическим конструктом, может рассматриваться как

непосредственно проявления ХСН, так и симптом коморбидных психических расстройств, а этиология, по-видимому, является мультифакториальной, что создает определенные диагностические трудности в рутинной практике врачей-интернистов. Своевременную верификацию астении затрудняет также и отсутствие объективных методов диагностики.

Необходимо подчеркнуть, что при комплексном анализе клинических особенностей психических расстройств при ХСН важно учитывать личностный фактор. Так, личностная предрасположенность рассматривалась в качестве триггерного фактора возникновения и прогрессирования определенных соматических заболеваний еще с середины XX века.

Таким образом, необходимо подчеркнуть значимость междисциплинарного подхода при ведении пациентов с обсуждаемой кардиологической патологией, что подтверждается и в недавно опубликованном обзоре К.-Н. Ladwig с соавт. (2022) при участии Европейской ассоциации профилактической кардиологии (European Association of Preventive Cardiology, EAPC), в котором на основании данных мета-анализа было сфокусировано внимание на негативном влиянии психических расстройств и личностных особенностей на течение и исход ХСН [173].

Приведем последовательный анализ доступной литературы, посвященной психической патологии и личностным расстройствам при ХСН, начиная с наиболее изученных – депрессивного и тревожного спектра.

### **Депрессивные расстройства**

Согласно разным данным распространенность депрессивных расстройств при ХСН варьируется в широких диапазонах – 13-77,5%. Различия в эпидемиологических данных обусловлены рядом факторов, таких как тяжесть сердечно-сосудистой патологии, соматическая отягощенность, что подтверждается большей распространенностью депрессий среди стационарных пациентов по сравнению с амбулаторным звеном, а также критериями

верификации депрессивных расстройств<sup>4</sup> и инструментами для определения психической патологии (психометрический и психопатологический методы обследования) [102, 214].

Th. Rutledge с соавт. [108], используя данные мета-анализа, включающего 36 исследований, показали, что клинически выраженные депрессивные симптомы наблюдаются у 21,5% больных с ХСН, при этом в одной третьей случаев симптомы депрессии были верифицированы посредством использования психометрического метода обследования, и 19% соответствовали клиническим критериям депрессивного расстройства (диагностировано большое депрессивное расстройство, а в некоторых работах – дистимия и депрессивное расстройство легкой степени тяжести). Представленные высокие показатели распространенности расстройств депрессивного спектра среди пациентов с ХСН приблизительно в 2-3 раза выше, чем в общей популяции [102].

Таким образом, эпидемиологические данные являются неоднозначными и имеют широкий диапазон, но клиническая значимость и прогностическая ценность депрессивных расстройств при ХСН не вызывают сомнений.

К факторам риска развития депрессивной патологии у пациентов с ХСН относят женский пол [108, 175, 254], неудовлетворенность эмоциональной поддержкой, а также клинические особенности ХСН (тяжесть, длительность заболевания, количество повторных госпитализаций, физические ограничения и вынужденная социальная изолированность ввиду отказа от привычной физической активности, необходимости коррекции распорядка дня с учетом приема диуретических препаратов и др.) [19, 24, 232].

---

<sup>4</sup> В обсуждаемых исследованиях авторы использовали разные критерии для диагностики депрессивных расстройств, которые можно разделить на следующие группы: 1. Клиническое интервью, в том числе Структурированное клиническое интервью для диагностики и статистического руководства психических расстройств, Оценка психических расстройств в первичной медицинской сети и др.; 2. Диагностика депрессивных расстройств на основании критериев МКБ; 3. Шкалы/опросники для верификации депрессивных симптомов, такие как Шкала депрессии Бека, Шкала депрессии Гамильтона и др. Кроме того, в соответствии с DSM-5 для установления диагноза депрессии применяется категория «Большое депрессивное расстройство» (Major depression disorder), которая соотносится с «Тяжелым депрессивным расстройством без психотических симптомов» по МКБ-10. При этом в ряде исследований в качестве критериев включения используется также и «Малое депрессивное расстройство» (Minor depression disorder), не соответствующее всем критериям «Большого депрессивного расстройства» и характеризующееся наличием 2-4 симптомов депрессии, одним из которых является сниженное настроение или потеря удовольствия/интереса на протяжении 2-х недель, но не более 2-х лет. «Малое депрессивное расстройство» классифицируется только в DSM-4-TR в категории «Неуточненное депрессивное расстройство» (Depressive Disorder Not Otherwise Specified, DD-NOS) и не нашло отражения в DSM-5.

В когортном проспективном исследовании Y. Shimizu с соавт. (2013), было выявлено, что среди 131 больных, выписанных после стационарного лечения ХСН без аффективной патологии, у 22,1% в течение года верифицировались депрессивные симптомы, развитие которых ассоциировались с наличием в анамнезе ишемической болезни сердца (OR 3.09, 95% CI 1.15–8.33), трудностями при выполнении повседневной физической активности (OR 0.43, 95% CI 0.26–0.70) и неудовлетворенностью социальной поддержкой (OR 0.48, 95% CI 0.29–0.79) [220].

В работе I. Zahid с соавт. (2018) помимо вышеописанных предикторов развития депрессивных расстройств у пациентов с ХСН выделяется и ряд других факторов риска: возраст старше 70 лет ( $p = 0,01$ ), 3 и 4 ФК по NYHA ( $p = 0,001$ ), наличие стационарного лечения не менее одного раза за последние два месяца ( $p = 0,002$ ), а также отсутствие гармоничных взаимоотношений с семьей ( $p = 0,001$ ) [238].

Известно, что между депрессивными расстройствами и ХСН обнаруживается двунаправленная негативная взаимосвязь, которую R.K. Ghosh с соавт. (2016) рассматривают как «порочный (замкнутый) круг» [110]. Так, с одной стороны, ХСН, являясь неизлечимым заболеванием с затяжным течением с многочисленными тягостными и обременяющими соматическими симптомами, негативно влияющими на качество жизни, нередко приводит к формированию депрессивных расстройств. С другой стороны, депрессия ввиду общих патофизиологических механизмов с ХСН и опосредованно через дезадаптивные поведенческие паттерны может усугублять течение и исходы ХСН.

В качестве общих патофизиологических механизмов депрессивных расстройств и ХСН рассматривается активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, которая более активна у пожилых людей, а также симпатическую ветвь вегетативной нервной системы (ВНС) [244].

Вследствие активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы происходит повышение уровня кортизола, характеризующегося минералкортикоидным эффектом, что приводит к задержке жидкости в организме и ремоделированию сердца [110]. Активация симпатической ветви ВНС

обуславливает дисбаланс между симпатической и парасимпатической системами, а именно снижению тонуса блуждающего нерва и увеличению катехоламинов в плазме крови, что проявляется вазоконстракцией, учащением частоты сердечных сокращений, снижением вариабельности сердечного ритма, ассоциирующемуся с неблагоприятным прогнозом у больных с ХСН [114]. Также депрессия ассоциирована с повышенным уровнем белков острой фазы воспаления, таких как фибриноген, который участвует в атеро- и тромбообразовании. Таким образом, посредством увеличения уровня фибриногена депрессия косвенно ускоряет прогрессирование ишемической болезни сердца, являющейся одной из наиболее распространенной причиной ХСН [61, 160].

Диагностика расстройств депрессивного спектра при ХСН нередко вызывает сложности, что, в первую очередь, обусловлено наличием перекрывающихся или «общих» симптомов депрессии и непосредственно ХСН, такими как: анергия, быстрая утомляемость и слабость, нарушения сна, снижение или увеличение веса, нарушение концентрации внимания и трудности сосредоточения, ухудшение памяти [42, 103, 239]. Кроме того, в рутинной практике нередко психическое состояние пациентов недооценивается врачами-терапевтами, кардиологами и квалифицируется как «нормальная реакция на заболевание» [103].

Согласно традиционной типологии депрессивных расстройств у пациентов кардиологического профиля в подавляющем большинстве верифицируются психогенные депрессии (60%, из них 50% – нозогенные депрессии), и лишь 20% случаев эндогенные (в том числе дистимии – 10%). Отдельно следует отметить соматогенные депрессии (20%), характерные для сердечно-сосудистых заболеваний с тяжелым поражением сердца и обусловленные нарушением гемодинамики [42]. Более дифференцированное распределение выше обозначенных типов депрессий в пространстве сердечно-сосудистой патологии может смещаться в зависимости от особенностей кардиальной патологии.

Несмотря на большое количество исследований, посвященных изучению расстройств депрессивного спектра в кардиологии, лишь в немногочисленных работах изучались особенности клинической структуры депрессии при ХСН:

1. В рамках клинического подхода моделью изучения депрессивных расстройств, которые манифестируют вследствие соматического заболевания, рассматриваются нозогенные депрессии<sup>5</sup> [3, 42, 44, 50].

2. Клиническая структура нозогенных депрессий при сердечно-сосудистой патологии определяется превалированием тревожных и ипохондрических симптомокомплексов<sup>6</sup>, проявляющихся пессимистическим восприятием болезни, тревожными опасениями усугубления соматического состояния со страхом смерти и неминуемой инвалидизации, реакцией деморализации<sup>7</sup>.

В исследовании Т.В. Довженко с соавт. (2011), выполненном на больных кардиологического профиля и включающем также пациентов с ХСН ишемического генеза I-III ФК по NYHA (ХСН, n = 54), показаны особенности клинической структуры депрессивных расстройств. Так, среди пациентов с аффективной патологией с ХСН преобладали больные с умеренно выраженной гипотимией (дистимией) (34,4%), что детерминировано длительным течением, хронификацией сердечно-сосудистого заболевания, с превалированием тревожной симптоматики как доминирующего аффекта (62,07%), проявляющегося как нозогенной/ситуационной (89,6%), так и немотивированной тревогой (58,6%) [16].

Аналогичные данные, свидетельствующие о превалировании тревожной симптоматики в структуре депрессивных расстройств при ХСН, наблюдаются и в работах Н.Н. Петровой (2019), в которых было продемонстрировано сочетание гипотимии с чувством перманентной диффузной тревоги, реализующейся немотивированным волнением, тревожными опасениями, беспокойными

---

<sup>5</sup> Нозогенные депрессии – это широкий спектр депрессивных реакций у пациентов соматического профиля, которые обусловлены рядом психологических, социальных, личностных, биологических факторов, в том числе объективными характеристиками соматического заболевания.

<sup>6</sup> В литературе на выборке пациентов кардиологического профиля также описываются депрессии с истероконверсионными (*globus hystericus*, тремор, онемение конечностей), соматовегетативными (маскирующие гипотимию, тревогу и дублирующие сердечно-сосудистое заболевание – тахикардия, диспноэ, инсомния) и дисфорическими явлениями (дистимия с превалированием тоскливо-злобного настроения с неудовлетворенностью работой медицинского персонала и рекомендованной схемой терапии) [42].

<sup>7</sup> Реакция деморализации (Kissane D.W. et al., 2001) реализуется у пациентов соматическим заболеванием психогенным симптомокомплексом отказа/отступления (*giving up - given up*) в виде чувства безнадежности, беспомощности, потери перспектив и контроля над ситуацией, ощущения полной социальной изоляции в условиях стационара.

ожиданиями неприятностей, а также расширение симптоматики в структуре депрессий за счет присоединения изолированных нозофобий в виде страха внезапной смерти, сердечного приступа [31, 33, 34].

Кроме нозогенных депрессий при ХСН наблюдается и другой тип – соматогенные депрессии, которые определяются у пациентов с тяжелым течением ХСН. Так, Е.А. Степанова в диссертационной работе «Депрессии при ишемической болезни сердца» (2010), выполненной на выборке из 106 пациентов с ишемической болезнью сердца, также и осложненной ХСН I-IIб стадии<sup>8</sup> показала, что для ХСН с тяжелым течением (III-IV ФК по NYHA) специфична астеническая депрессия, проявляющаяся повышенной слабостью, быстрой истощаемостью, снижением активности, эмоциональной лабильностью, реализующейся слабодушием, которое сменяется дисфорией, преобладанием жалоб на физическое изнурение и отсутствие энергии, что сочетается с когнитивными нарушениями. В клинической картине депрессий превалировало чувство бесперспективности и безразличия, однако аффективная симптоматика в виде тоски и тревожно-ипохондрические симптомокомплексы, описанные выше при нозогенных депрессиях, не определялись [50].

Среди расстройств депрессивного спектра при ХСН помимо нозогенных и соматогенных депрессий наблюдаются также и эндогенные, однако их распространенность относительно невелика – 4,7-13,7% [15, 16, 50]. Описание клинической картины эндогенных депрессий при ХСН, по всей видимости, в связи с низкой частотой встречаемости, ограничивается отдельными сообщениями в виде упоминаний симптомов, указывающих на эндогенную природу аффективных расстройств. Таким образом, клиническая картина витальных депрессий представлена гипотимией, витальной тоской, флотирующей тревогой, апатией, а также доминирующих в сознании идей самообвинения/малоценности.

---

<sup>8</sup> Исследование было проведено совместно с врачами из медицинского центра университета Стони Брук, Нью-Йорк, США. Выборку в России составили 56 пациентов, в США – 50 пациентов, у которых в том числе была верифицирована ХСН в 14,3% и 14% случаев соответственно.

Согласно данным ряда авторов клинически важной особенностью депрессивных расстройств, ассоциирующихся с сердечно-сосудистыми заболеваниями, является ритмологическая составляющая<sup>9</sup>, позволяющая провести типологическую дифференциацию депрессий, которая учитывает взаимосвязь с коморбидным соматическим заболеванием и отражает психопатологическую структуру и динамику депрессивных расстройств [42, 43, 47]. Данная концепция релевантна и для депрессий при ХСН, что нашло отражение и в Клинических рекомендациях по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности (2018), в которых психосоматический параллелизм рассматривается в качестве значимой характеристики аффективных расстройств при ХСН [22].

Такие клинические характеристики непосредственно ХСН, как хронификация и неизлечимость, обуславливают и возможность развития хронического расстройства настроения – дистимии, что нашло отражение помимо вышеописанного исследования Т.В. Довженко, и в более ранней диссертационной работе «Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия» Б.А. Волель (2009) [9]. Так, Б.А. Волель, сформулировав концепцию ипохондрического развития и выделив 7 его вариантов<sup>10</sup>, продемонстрировала, что для больных с ХСН наиболее часто характерно формирование развития по типу ипохондрической дистимии. Клиническая картина ипохондрической ипохондрии реализуется гипотимией в виде подавленности, избыточно критического восприятия и негативной оценки возможностей лечения, а также эмоциональной лабильностью, слезливостью, что сочетается с астенической симптоматикой, проявляющейся физической слабостью и быстрой

---

<sup>9</sup> Согласно транснозологической ритмологической модели спектр депрессивных расстройств представляет собой континуум, в котором в качестве клинического и прогностического маркера выделяют ритм течения депрессий: заимствованный – принадлежащий психогенной/соматической патологии либо хронобиологический (аутохтонный/рекуррентный), характерный аффективному заболеванию.

<sup>10</sup> В качестве значимого фактора, способствующего формированию ипохондрического развития, рассматривались в том числе характер и интенсивность психотравмирующего воздействия при различной соматической патологии: существующие в популяции представления о благоприятности/неблагоприятности прогноза соматического заболевания, исходная тяжесть стрессогенного стимула, а также доступные для пациента средства приспособления – контроля течения болезни.

истощаемостью, несоизмеримой с нагрузкой, ощущением немощности и беспомощности. Ипохондрическая симптоматика в структуре дистимии описывается как непоколебимая фиксация на соматическом состоянии, симптомах сердечно-сосудистого заболевания, таких как одышка, учащенное или неритмичное сердцебиение, опасения декомпенсации ХСН, страх ненадлежащего лечения, неэффективности назначенной терапии, напористость в получении детализированной информации о заболевании, проводимых диагностических процедурах и рекомендованной схеме терапии. Наравне с гипотимией и ипохондрической симптоматикой в ряде случаев превалировал дисфорический аффект, реализующийся тоскливо-злобным и мрачным настроением с повышенной раздражительностью.

Значимой характеристикой депрессивных расстройств при ХСН является преобладание соматических жалоб над аффективными симптомами [16, 112]. Так, в работе N. Holzapfel с соавт. (2008) был проведен сравнительный анализ депрессивных расстройств в группе пациентов с ХСН (n = 677) и группе контроля больных без ХСН (n = 244), проходивших лечение в психосоматической клинике, с использованием критериев DSM-IV и проведением психометрического обследования (блок вопросов для диагностики депрессии Анкеты здоровья пациента, 9-item depression module from the German version of the Patient Health Questionnaire, PHQ-9) [112]. В группе больных с ХСН и группе контроля в 6,2% и 38,9% случаев верифицировалось «большое депрессивное расстройство» соответственно, и 10,5% и 17,2% – «другие депрессивные расстройства». Главный вывод работы заключался в различии в двух группах следующих симптомов: 1. Подавленное настроение и чувство безнадежности; 2. Чувство никчемности/вины. В результате было обнаружено, что для пациентов с ХСН характерны менее выраженные вышеописанные аффективные и когнитивные симптомы депрессии в сопоставлении с больными без ХСН, при этом не было выявлено различий по симптомам, таким как нарушение сна и аппетита, снижение энергии, нарушение концентрации внимания и психомоторное возбуждение/заторможенность. Таким образом, пациентов с выраженными

жалобами на тяжелое соматическое состояние, ассоциируемое с не патогномичными симптомами ХСН и несоизмеримыми с результатами объективных исследований, по всей видимости, следует более пристально и детализировано обследовать на наличие депрессивных расстройств [239].

Отдельным направлением исследований психических расстройств при ХСН следует выделить изучение негативного влияния депрессий на качество жизни [31, 109, 121, 137, 190, 199, 211, 217, 252]. Так, в недавнем опубликованном обзоре J. Comín-Colet с соавт. (2020) [153], включающем 21 исследование с использованием в качестве инструмента измерения качества жизни специализированные опросники<sup>11</sup>, изучалось влияние не кардиологических заболеваний на качество жизни пациентов с ХСН. В результате в работах с применением KCCQ было показано, что больные с депрессией имели более низкий уровень качества жизни в сопоставлении с пациентами без депрессий. Кроме того, тяжесть депрессии напрямую коррелировала с качеством жизни пациентов [109, 199]. Так, больные с депрессией в 60,8 раз чаще страдали от низкого качества жизни, чем пациенты без депрессии (95% CI 18.1–204;  $p < 0.001$ ), и даже пациенты с симптомами депрессии умеренной тяжести в 13,4 раза вероятнее испытывали низкое качество жизни в сопоставлении с пациентами с минимально выраженными симптомами депрессии (95% CI 4.13–43.7;  $p < 0.001$ ) [109]. Аналогичные результаты были получены и в исследованиях, в которых применялся MLHFQ [121, 127, 252]. Так, в лонгитюдном 3-х месячном исследовании было продемонстрировано, что больные с клинически значимой редукцией депрессивной симптоматики в 4,3 раза (95% CI 1.2–14.6;  $p = 0.002$ ) более часто отмечали улучшение качества жизни [127].

Кроме того, важно отметить, что в ряде исследований депрессивные расстройства рассматриваются в качестве более значимого фактора негативного влияния на качество жизни пациентов даже в большей степени, чем тягостные проявления непосредственно симптомов ХСН, ассоциированных с тяжестью

---

<sup>11</sup> Канзасский опросник для больных кардиомиопатией – Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, KCCQ; Миннесотский опросник качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью – The Minnesota Living with Heart Failure questionnaire, MLHFQ.

кардиологического заболевания, а именно одышкой, снижением толерантности к физическим нагрузкам [163, 260].

Аналогичные выводы о большем негативном влиянии депрессии, чем объективных симптомов, ассоциируемых с тяжестью ХСН, на качество жизни больных было подтверждено и в работе M. Tudoran с соавт. (2020), выполненной на выборке из 153 пациентов с депрессией и группой сравнения, включающей 98 больных без аффективной патологии [247]. Было выявлено, что больные с депрессивными расстройствами, несмотря на то, что были сопоставимы по возрасту, полу, месту жительства, образованию, доходу, терапии, назначенной в стационаре и после выписки из больницы, с пациентами без депрессии, отмечали более низкий уровень качества жизни ( $p = 0,001$ ), определяемый в большей степени пагубным воздействием наличия депрессивных расстройств, чем уровнем фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) ( $r = 0.4390$ ,  $p < 0.001$ ), как известно, свидетельствующим о тяжести ХСН.

Во многих исследованиях отмечается негативное влияние депрессивных расстройств на приверженность лечению, включающей соблюдение общих рекомендаций по ведению здорового образа жизни и приема медикаментозной терапии [22, 55, 64, 111, 116, 138, 192].

Такие симптомы депрессии, как быстрая утомляемость, снижение мотивации, трудности при сосредоточении и нарушение концентрации внимания оказывают негативное влияние на приверженность медикаментозному лечению и ведение здорового образа жизни, способствуют снижению физической активности, курению и употреблению алкоголя [103, 110]. Кроме того, следование рекомендациям по приему препаратов согласно определенной схеме может само по себе вызывать сложности, так как включает большое количество лекарственных средств, которые нужно принимать несколько раз в день [111].

Низкая приверженность рекомендованной терапии у пациентов с ХСН и депрессивными расстройствами наблюдается и в других исследованиях. Так, оценки приверженности лечению при ХСН варьируются в диапазоне 40-60% [186,

201], при этом для достижения благоприятных клинических исходов может быть необходимо соблюдение схемы приема лекарственных средств не менее 88% [98].

Более высокая приверженность лечению больных с ХСН ассоциирована с меньшим количеством обращений в отделение неотложной помощи, меньшим количеством декомпенсаций сердечно-сосудистых заболеваний и повторных госпитализаций и с менее длительным пребыванием в стационаре [171, 226]. Кроме того, лучшее следование рекомендациям по лечению коррелирует со снижением риска смертности при ХСН [152].

Целый ряд исследований демонстрирует убедительные доказательства, что депрессивные расстройства являются потенциальным предиктором госпитализации и смертности у пациентов с ХСН [100, 108, 113].

Freedland с соавт. в 1991 году провели первое исследование, в котором продемонстрировали у больных с ХСН и депрессивными расстройствами тенденции к увеличению продолжительности госпитализаций и смертности в течение одного года [107]. При этом несмотря на то, что при выписке или повторной госпитализации через 3 месяца у пациентов с депрессией и без депрессии не наблюдались значимые расхождения в соматическом состоянии, а именно в статусе жизненно важных функций, через год наблюдения умерли 50% пациентов, соответствующих критериям «большой депрессии» на момент включения в исследование, в сопоставлении с 29% больными без депрессии. Схожие выводы об увеличении смертности у больных с депрессивными расстройствами и ХСН были продемонстрированы и в последующих исследованиях, что нашло отражение в мета-анализах [101].

В исследовании Jiajun Xu с соавт. (2018), выполненном на выборке из 127 стационарных больных, было продемонстрировано, что в течение 30 дней депрессия не только увеличивает в 2 раза риск повторных госпитализаций (OR, 2.31; 95% CI, 1.01-5.31), но и также опосредованно через дезадаптивные поведенческие паттерны оказывает негативное влияние на течение ХСН [148]. Так, больные с выраженными симптомами депрессии в 5 раз чаще откладывали своевременное обращение за специализированной помощью (OR, 5.33; 95% CI,

2.14-13.28). Откладывание принятия решения о госпитализации у таких больных было обусловлено депрессивной симптоматикой, проявляющейся явлениями деморализации<sup>12</sup> и неуверенностью в будущем в связи с диагнозом ХСН.

В работе Emily C. Gathright с соавт. (2017), выполненной на 308 больных, депрессивные расстройства рассматривались как фактор риска смертности от всех причин у пациентов с ХСН, опосредуемый через низкую приверженность лечению [253].

Повышенная смертность больных с ХСН и депрессивными расстройствами опосредуется не только дезадаптивным поведением в болезни, но и высоким суицидальным риском. Так, в результате 15-летнего ретроспективного исследования V.C. Wu с соавт. (2018), посвященному изучению смертности в результате суицида среди больных кардиологической патологией, был выявлен самый высокий показатель у больных с ХСН. Кроме того, с течением времени данный показатель прогрессивно возрастал [238]. Среди факторов суицидального риска рассматривается чувство безнадежности, которое возникает, как определили Н. Korkmaz с соавт. (2019), ввиду чувства беспомощности, зависимости от других людей, бессилия перед хроническим, а в ряде случаев и инвалидизирующим, кардиологическим заболеванием [161].

### **Тревожные расстройства**

Распространенность тревожных расстройств среди пациентов с ХСН согласно данным мета-анализа, выполненного К. Easton с соавт. (2016) и основанного на результатах 73 исследований, колеблется в широком диапазоне: 6,3-72,3% [203], что обусловлено рядом причин. Во-первых, как было продемонстрировано выше аналогично депрессивным расстройствам, верификация тревоги при соматической патологии может вызывать определенные сложности в связи с совпадением проявлений соматической и психической

---

<sup>12</sup> В оригинальной работе авторы описывают у пациентов с ХСН и депрессией разочарование и чувство безнадежности в связи с невозможностью предотвратить ухудшение состояния и нарастание симптомов («... каждый день своей жизни я чувствую, будто я с похмелья, у меня грипп и я умираю. Вы знаете, никто не может вылечить меня, и что за смысл пребывания здесь.. мое тело кричит в агонии», «Я поговорил с врачами. Они разошлись на меня. Я сказал, я знаю, что вы эксперты в своей области. Я сказал: но мне грустно, лечить жидкость – это пластырь, первопричина – сердце»), что соотносится с феноменом деморализации.

патологии, а именно учащенное сердцебиение, боли в груди, одышка. Таким образом, при диагностике и оценки интенсивности тревоги необходимо учитывать характеристики изучаемого контингента пациентов для разграничения проявлений эмоционального и физического состояния методом исключения симптомов кардиологического заболевания. Во-вторых, более низкая распространенность расстройств тревожного спектра была выявлена в исследованиях, изучающих определенные нозологические формы согласно критериям МКБ/DSM, а не проявления тревожной симптоматики в отрыве от нозологической принадлежности. Так, распространенность нозологических форм тревожных расстройств (наиболее часто ГТР, хотя одно исследование мета-анализа включало паническое расстройство, а также не уточненное тревожное расстройство) составила 13,1% (95% CI, 9.25%-16.86%), клинически значимой тревоги – 28,79% (95% CI, 23.30%-34.29), и наиболее высокий показатель был определен при верификации отдельных симптомов повышенной тревожности – 55,5% (95% CI, 48.08%-62.83%). И наконец, более высокая распространенность тревоги определялась в исследованиях, в выборках которых преобладали больные женского пола, для которых более характерна тревога, чем для мужчин<sup>13</sup>, что могло также приводить к неоднозначным выводам.

Верхний диапазон оценки распространенности тревоги согласно результатам мета-анализов может указывать на то, что уровень тревоги выше в выборках больных с ХСН в сопоставлении с возрастными лицами общей популяции, другими соматическими и кардиологическими заболеваниями [102].

Важно отметить, что распространенность и денотат тревоги зависит от гендерного фактора. Большая распространенность и более высокий уровень тревоги специфичны для женщин, о чем свидетельствуют данные мета-анализа вышеупомянутой работы К. Easton с соавт. [203]. Также для женщин уже на начальных этапах развития патологической реакции<sup>14</sup> на ХСН характерен

---

<sup>13</sup> Особенности тревожных расстройств в зависимости от гендерной принадлежности будут продемонстрированы ниже.

<sup>14</sup> Патологическая тревога характеризуется непропорциональной и неуместной реакцией в отношении типа, интенсивности или продолжительности вызывающего стимула (American Psychiatric Association, 1994; World

вита́льный страх, тогда как мужчины изначально испытывают страх потери трудоспособности, и лишь при прогрессировании заболевания страх смерти становился доминирующим, особенно при возникновении одышки [93, 260]. Различия содержательного комплекса тревоги в зависимости от гендерной принадлежности продемонстрированы и в работе В. Muschalla с соавт. (2014), выполненном на 209 пациентах с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в котором было показано, что для женщин характерна тенденция испытывать общую тревогу, тогда как для мужчин специфична тревога по поводу сердца, что по всей видимости свидетельствует о том, что мужчины склонны признавать тревогу, если ее источник может быть идентифицирован, «локализован» [181].

Помимо гендерного фактора, влияющего на формирование тревожных расстройств, рассматривают и возраст в качестве предиктора степени выраженности тревоги. Так, в работе Y. Namatani с соавт. (2022), выполненной на выборке из 224 пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение, было обнаружено, что для возрастных пациентов характерно усиление симптомов тревоги во время стационарного лечения в связи с декомпенсацией ХСН [204].

В отличие от депрессивных расстройств важным аспектом в изучении расстройств тревожного спектра является отсутствие взаимосвязей между тяжестью соматического состояния и выраженностью тревоги [34, 57, 270]. Тревога и тяжесть соматического заболевания являются многомерными феноменами с различными характеристиками, которые уникально влияют на поведение в болезни. Исследование В. Muschalla с соавт. (2014) подтверждает, что тревога связана, в первую очередь, с субъективным восприятием и симптомами пациента, а не с прогнозом, тяжестью кардиологической патологии и коморбидностью соматических заболеваний [181]. Исследование Y. Namatani с соавт. (2022), в котором изучалась тревога и депрессия среди пациентов с ХСН, показало снижение интенсивности тревоги, но не проявлений депрессий во время

---

Health Organization, 1992). По своей природе все соматические болезни, особенно серьезные и жизнеугрожающие, представляют определенный уровень угрозы, приводящей к тревоге [269]; J. Noyer et al., 2008). Однако такая «настоящая» причина для волнений не может объяснить развитие патологической и ипохондрической тревоги. Патологическая тревога при наличии явной угрозы у пациентов кардиологического профиля была описана как «патологический страх перед реальностью» – pathologische realangst (M. Linden et al., 2002).

стационарного лечения, что по всей видимости свидетельствует о том, что больные с тревогой чувствуют себя в безопасности, пребывая под постоянным контролем специалистов [204].

При тревожных расстройствах у пациентов с ХСН наравне с генерализованным тревожным расстройством, паническим расстройством выявляются ипохондрическая фиксация, а также навязчивые мысли и действия [34, 102, 189].

В современной концептуализации одним из центральных психопатологических симптомов тревожных расстройств является «ассоциированная с сердцем тревога» (heart-focused anxiety). Согласно Eifert, Zvolensky, Lejuez (2000) «ассоциированную с сердцем тревогу» можно представить, как «(...) индивидуальные различные дименсии (...), которые способствуют усилению тревоги и боязливому реагированию на реальные и предполагаемые сердечные события» [125]. Основная характеристика «тревоги, связанной с сердцем», заключается в убеждении, что стимулы, связанные с сердцем, и нарушения функционирования сердечно-сосудистой системы неизбежно приводят к негативным и жизнеугрожающим последствиям. Таким образом, симптомы тревоги явственно ориентированы на сердце и охватывают следующие дименсии: страх и тревогу о функционировании сердца, избегание физической нагрузки, которая может привести к усилению кардиологических симптомов, а также фиксацию и отслеживание работы сердца [125].

Еще одна концепция формирования тревоги при сердечно-сосудистых заболеваниях была сформулирована в более поздней работе М. Linden с соавт. (2008) в рамках «патологического страха перед реальностью» (pathological realangst), характерного для серьезных и жизнеугрожающих заболеваний [165]. Искаженное восприятие кардиологической патологии, вызванное субъективными представлениями о болезни, часто приводит к ошибочным причинным предположениям и искаженной интерпретации физических симптомов болезни. В результате возникает тревожный фокус внимания и, в конечном итоге, развивается «патологический страх перед реальностью», что приводит к

избегающему поведению, а именно привычной физической активности с целью минимизировать возможное ухудшения состояния. При этом избегающее поведение сохраняется даже при нормализации соматического состояния, о чем свидетельствует работа I. Kindermann с соавт. (2021). Авторы продемонстрировали, что у пациентов с ХСН спустя 2 года после установки имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора выраженность избегания физической активности даже при удовлетворительных кардиологических показателях сохранялась на исходном уровне, как и до проведения хирургического лечения [78].

Страх смерти от кардиологической патологии, сопровождающийся телесными сенсациями в области сердца, как характеристика тревожных расстройств при ХСН, описана и в работе Н.Н. Петровой, которая выделила у доли пациентов с ХСН тревожный синдром с превалированием кардиофобии (14%) [32].

Как и при депрессивных расстройствах в ряде исследований, посвященных изучению тревоги, отмечается превалирование соматовегетативных проявлений над когнитивной тревогой. Так, в вышеупомянутой работе инсомния была определена как ключевой симптом у больных с ХСН, тогда как тревожное настроение и идеаторный компонент тревоги были выражены в меньшей степени.

Для некоторых больных с ХСН специфичны панические атаки, имитирующие типичные симптомы декомпенсации ХСН, а именно стеснение за грудиной, учащенное сердцебиение, ощущение удушья, что приводит к диагностическим трудностям [10, 125, 189, 200]. В кардиологической практике отмечают как «классические» или «типичные» панические атаки, так и субсиндромальные (ограниченные) панические приступы. Клиническая картина субсиндромальных панических приступов реализуется атипичными вегетативными пароксизмами, в структуре которых фобический компонент более часто представлен страхами ипохондрического содержания (кардио-, инсультофобия, страх повторения пароксизма мерцательной аритмии, боязнь потери сознания или опасения оказаться без медицинской помощи), а не танатофобией (витальный страх смерти), а соматовегетативные проявления

выражены ограниченным набором вегетативных кардионевротических расстройств [10].

Страх прогрессирования кардиологического заболевания приводит к проверке функционирования сердца, реализующейся измерением пульса, артериального давления, изучением кожных покровов на предмет наличия отеков. Таким образом, формируется ипохондрия *cum materia*, характеризующаяся повышенным кардиологическим вниманием, интероцептивной фиксацией в отношении сердца и в виде системного самонаблюдения своего самочувствия [71, 200].

Невротическая ипохондрия была описана Б.А. Волель (2009) в рамках небредовой ипохондрии, специфичной для больных со стабильной ХСН и относительно редкими обострениями [9, 10]. Клиническая картина невротической ипохондрии проявляется органно-невротическими расстройствами, имитирующими симптомы ХСН, такими как одышка, кардиалгии, и сочетающимися со стойкой ипохондрической фиксацией в отношении к телесным проявлениям, ощущением опасности соматического состояния. При этом, несмотря на подтверждение данными объективных обследований стабильного соматического состояния, любые изменения в самочувствии больные оценивают как угрозу, проявление декомпенсации ХСН. Психопатологические проявления ипохондрии также проявляются формированием стойких кардиофобий, а в части случаев и танатофобий.

К настоящему времени целый ряд исследований демонстрируют негативное влияние тревожных расстройств на уровень качества жизни больных с ХСН [70, 91, 167, 200, 202, 249].

Важным аспектом изучения расстройств тревожного спектра при ХСН является исследование вклада тревоги в формирование приверженности медикаментозному лечению, а также соблюдения общих рекомендаций по ведению здорового образа жизни. При этом к настоящему времени существуют полярные мнения в отношении данной проблематики.

Так, в исследовании Н.Н. Петровой [32] было продемонстрировано, что уровень приверженности пациентов с ХСН и тревогой по большинству отдельных показателей<sup>15</sup> был близок приверженности больных без психических расстройств. Однако пациенты с тревожными расстройствами из-за опасений неблагоприятного исхода более часто игнорировали и отказывались от направления на хирургическое лечение (коронарография, реваскуляризация коронарных сосудов).

Противоположные данные были продемонстрированы в ряде других исследований, свидетельствующих о низкой приверженности лечению опосредованно через дезадаптивные поведенческие паттерны, а именно курение, употребление алкоголя, отсутствие физической активности [66, 73, 102]. В работе S.M. Wedegärtner с соавт. (2020) было показано, что для больных с ХСН специфичны ограничения физической активности<sup>16</sup>, обусловленные стремлением к минимизации субъективного ухудшения состояния, что, напротив, негативно влияет на течение и прогноз ХСН [200].

Еще одним значимым аспектом изучения психических расстройств при ХСН является их влияние на количество госпитализаций и смертность. Однако к настоящему времени существуют полярные мнения в отношении данного вопроса. Так, ряд авторов постулируют негативное влияния расстройств тревожного спектра на госпитализацию и смертность, тогда как другие придерживаются мнения об отсутствии взаимосвязи между госпитализациями, смертностью и тревогой.

Так, J. Vongmanу с соавт. (2016) в систематическом обзоре продемонстрировали, что тревога являлась предиктором увеличения повторных госпитализаций, при этом не были выявлены корреляции со смертностью ( $p < 0.05$ ) [68]. При этом не во всех шести работах, вошедших в данный обзор,

---

<sup>15</sup> Приверженность лечению определялась по результатам Опросника отношения к лекарствам (Drug attitude inventory, DAI-10).

<sup>16</sup> Физическая активность особенно важна для больных, что доказано исследованиями, свидетельствующими о том, что физические упражнения сокращают количество госпитализаций, связанных с ХСН [164, 184]. Кроме того, физическая активность у пациентов с ХСН связана с более высоким уровнем качества жизни, и указана в действующих рекомендациях (Клинические рекомендации ХСН, 2020).

была выявлена такая корреляция. В пяти лонгитюдинальных когортных исследованиях была продемонстрирована взаимосвязь между тревогой и госпитализациями в связи с ХСН [65, 158, 166, 202, 240]. Однако в работах Volz с соавт. (2011) и De Jong с соавт. (2011) было выявлено, что такая корреляция была значима только для тяжелой степени выраженности тревоги<sup>17</sup> [166, 202]. В единственном исследовании N.L. Damen с соавт. (2012), удовлетворяющем все критерии качества проводимого систематического обзора, сообщалось об отсутствии значимой взаимосвязи между тревогой и госпитализацией [240].

Противоположные результаты были получены в отношении взаимосвязи между тревогой и смертностью у больных с ХСН. Только в двух работах (А. Volz с соавт. (2011) и W. Jiang с соавт. (2004)), включенных в обзор, сообщалось о корреляции между тревогой и смертностью в популяциях с ХСН, при этом вне зависимости от степени выраженности тревоги [202, 205].

### **Диссоциативные расстройства**

Наряду с депрессивными и тревожными расстройствами в клинической практике верифицируется и полярный тип невротической ипохондрии – диссоциативные расстройства, характеризующиеся недооценкой тяжести соматического состояния и, как следствие, дезадаптивным поведением в болезни [18].

При этом частота встречаемости и клиническая структура диссоциативных расстройств при ХСН изучены недостаточно, а круг кардиологических заболеваний, выступающих в качестве триггера манифестации диссоциативных расстройств, ограничивается фибрилляцией предсердий [37], пред- и послеоперационным периодом аортокоронарного шунтирования [41, 44].

В настоящее время существуют два основных подхода при изучении диссоциативных расстройств на фоне кардиологических заболеваний: психологический (психодинамический) и клинический (психопатологический).

---

<sup>17</sup> Степень выраженности тревоги измерялась психометрическим методом, в результате чего были выделены: легкая, средняя и тяжелая степень тревоги.

В качестве основных моделей психологической парадигмы рассматриваются копинг-стратегии – способы совладания (взаимодействия) с болезнью (coping)<sup>18</sup> [77, 193].

Копинг-стратегии подразделяются на два основных типа: «преодоление стресса на основе контроля эмоций»<sup>19</sup> и «на основе решения проблемы»<sup>20</sup> [236]. «Преодоление стресса на основе контроля эмоций» является неадаптивным и ассоциируется с ведением нездорового образа жизни, а именно курением, употреблением алкоголя/наркотиков, отсутствием физических упражнений, несоблюдением схемы терапии, что приводит к частым госпитализациям и высокому уровню смертности. Напротив, группа копинг-стратегий «преодоление стресса на основе решения проблемы», будучи адаптивными, ассоциированы с лучшими клиническими результатами, такими как увеличение продолжительности жизни и уменьшение госпитализаций в сопоставлении с больными с копинг-стратегиями по типу «преодоления стресса на основе контроля эмоций».

В свою очередь S. Buetow с соавт. (2001) выделил четыре копинг-стратегии: избегание (avoidance)<sup>21</sup>, непризнание («здоровое отрицание» – disavowal, «healthy denial»)<sup>22</sup>, отрицание (denial)<sup>23</sup> и принятие (acceptance)<sup>24</sup> [77].

<sup>18</sup> Копинг-стратегии, согласно R. Lazarus и S. Folkman, включают в себя «постоянно меняющиеся когнитивные и поведенческие усилия по управлению определенными внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как обременяющие или превышающие ресурсы человека». Данное определение подчеркивает отношение человека к своему телу и социально обусловленной ситуации. Управление этими отношениями требует решения проблем и необходимости регулировать эмоциональные последствия диагноза и заболевания.

<sup>19</sup> Копинг механизмы «на основе контроля эмоций» подразделяются на активные копинг-стратегии – «разрядка», «позитивная перефокусировка», «юмор», «принятие», «эмоциональная поддержка» и избегающие – «самоотвлечение», «отрицание», «поведенческое отчуждение», «самобичевание» и «употребление психоактивных веществ».

<sup>20</sup> Копинг стратегии «на основе решения проблемы» включают в себя «планирование», «обращение за эффективной (действенной) поддержкой» и «религия».

<sup>21</sup> Избегание (avoidance) характеризуется нежеланием или непризнанием больными необходимости знать о своем соматическом состоянии в связи с диагнозом ХСН, что может объяснять, почему многие пациенты не понимают характер или серьезность верифицированного заболевания.

<sup>22</sup> Непризнание («здоровое отрицание» – disavowal, «healthy denial») – «самообман перед лицом точного понимания». Больные отмечают и признают реальность, но, чтобы смягчить создаваемое ею эмоциональное напряжение и укрепить свое здоровье, они в тоже время стремятся отделить это осознание от его личного воздействия путем позитивной реконструкции личного понятия или значимости.

<sup>23</sup> Отрицание (denial) – бессознательный процесс, лишенный ментальных разработок, характерных для «непризнания» и характеризующийся «избирательной слепотой восприятия к неприятным фактам», в результате чего пациент указывает на отсутствие серьезной проблемы. «Отрицание» не только искажает реальность, но и отвергает ее, оставляя угрозу болезни за пределами пациента.

<sup>24</sup> Принятие (acceptance) – сознательное признание верифицированного диагноза ХСН без попыток позитивно реконструировать его значение или личностную значимость.

Jennifer Wingham с соавт. (2014) на основе 19 исследований, посвященных изучению копинг-стратегий, разработали концептуальную модель «Отношения, убеждения и ожидания у пациентов с ХСН» [147]. Авторы работы выделили следующие копинг-стратегии в качестве реакции пациентов на ХСН: «стратегический беглец» («strategic avoider»)<sup>25</sup>, «селективный отрицатель» («selective denier»)<sup>26</sup>, «благомыслящий самоуправленец» («well-intentioned manager»)<sup>27</sup> или «прогрессивный самоуправленец» («advanced self-manager»)<sup>28</sup>.

Несмотря на описанные выше разнообразные концепции копинг-механизмов, в большинстве доступных работ прослеживается такая реакция, как «отрицание», характеризующаяся отрицанием личностной значимости заболевания и восприятием своего соматического неблагополучия как временного.

В рамках клинического подхода диссоциативные расстройства («отрицание») рассматриваются как полярный тип тревожно-фобических реакций. В зависимости от глубины отчуждения проявлений соматической патологии диссоциативные реакции подразделяются на следующие два типа: compartment-диссоциации – представлены феноменом «двойного сознания», т.е. нивелирование субъективно неприятных, тягостных ощущений, связанных с болезнью, за «фасадом» которой отмечается тревожная реакция и detachment-диссоциации – полная элиминация стрессового воздействия и его последствий из сознания больного [14, 69].

Несмотря на клиническую значимость диссоциативных расстройств, лишь в единичных работах прослеживается их описание при ХСН. Так, в крупномасштабном исследовании Adelphi Heart Failure Disease Specific Programme (DSP) (2 454 пациента с ХСН, 10 стран), целью которого было в том числе и

<sup>25</sup> Стратегический беглец (Strategic avoider) – сознательное делегирование другим контроль и управление своим состоянием, как например, специалистам в области здравоохранения, семье и друзьям. При этом наблюдается культивирование зависимости от окружающих.

<sup>26</sup> Селективный отрицатель (Selective denier) – соотносится с определением «непризнания» («здоровое отрицание»-disavowal, «healthy denial»), описанным S. Buetow et al., 2001. Больные признают, что ХСН является серьезной патологией, однако отрицают личную значимость заболевания, воспринимая состояние как временное.

<sup>27</sup> Благомыслящий самоуправленец (Well intentioned self-manager) – характерно для больных, которые мотивированы принять ряд мероприятий для контроля/улучшения своего самочувствия, однако находятся под влиянием постоянных заблуждений, неполноценных знаний и закрепившейся системы убеждений.

<sup>28</sup> Прогрессивный самоуправленец (Advanced self-manager) – реакция активного управления, характеризующаяся адекватным усвоением необходимой информации о ХСН и адаптацией жизни в соответствии с заболеванием.

изучение соответствия представления пациентов и лечащего кардиолога о тяжести ХСН, показано, что 28% участников воспринимают тяжесть своего соматического состояния несоизмеримо с диагнозом лечащего кардиолога. Так, из 1040 пациентов, сообщивших, что кардиолог уведомил их о ХСН умеренной степени тяжести, у 28% больных лечащий кардиолог расценил умеренно-высокий или очень высокий риск смертности в течение последующих 12 месяцев [193].

В настоящее время в соответствии с имеющимися данными исследований установлено, что диссоциативные расстройства при хронических, длительно протекающих сердечно-сосудистых заболеваниях оказывают негативное влияние на течение и прогноз кардиологической патологии [2, 37, 52, 256].

Таким образом, несмотря на немногочисленные работы и отсутствие единой клинической концепции диссоциативных расстройств при ХСН, значимость и прогностическая ценность данного психопатологического феномена не вызывает сомнений.

Адекватное восприятие симптомов рассматривается как один из наиболее важных факторов успешного ведения пациентов, так как искаженное восприятие симптомов больными может приводить к декомпенсации ХСН и откладыванию своевременного обращения за специализированной помощью [221, 231, 271].

### **Астенические расстройства**

Астенические расстройства являются одним из наиболее распространенных симптомов у больных с ХСН и верифицируется в 50-96% случаев [133, 135, 154, 245] и в 10-20% при первично диагностированной ХСН, как проявление непосредственно сердечно-сосудистой патологии [133].

К настоящему времени этиология астенических расстройств изучена недостаточно, и существует мнение о мультифакториальном характере астении [85]. В формировании астенических расстройств участвуют как периферические, так и центральные факторы. Периферическая или «мышечная усталость» возникает в результате дефицита периферического кровотока и изменения архитектуры и функционирования мышечных волокон, и, как следствие, к

преобладанию катаболических процессов и возникновению астении, вызванной физическими нагрузками [82, 118, 230]. Ряд авторов рассматривает периферическую астению в качестве одного из важных факторов, приводящих к нарушению центральных механизмов [268]. К центральным механизмам астении относят воспаление и аномальное функционирование гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. В исследованиях было показано, что при астенических расстройствах повышается уровень цитокинов [120, 184]. Согласно иммунологической концепции для астенических расстройств специфичен определенный иммунологический профиль, реализующийся нарушением показателей, вовлеченных в патогенез астенических расстройств, а именно активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и  $\alpha$ 1-протеиназного ингибитора ( $\alpha$ 1-ПИ), а также уровень аутоантител к нейроантигенам – белку S-100В и основному белку миелина (ОБМ)).<sup>29</sup>

Базируясь на дихотомической модели, Falk с соавт. (2007) продемонстрировали две составляющие астенических расстройств непосредственно при ХСН – физическую и когнитивную астению. В качестве физической астении рассматриваются ощущение нехватки сил и энергии, сонливость. К когнитивной астении авторы относят чувство интеллектуального дефицита, проявляющегося ухудшением памяти, трудностями концентрации внимания и инициации интеллектуальной деятельности (например, чтение книг). Так, нередко больные рассказывают об отсутствии прежней креативности [76].

В соответствии с классификацией Smith с соавт. (2010), опирающейся на провоцирующие факторы, астенические расстройства дифференцируются на два типа – астения, ассоциируемая с физическими нагрузками и общая астения [119]. Астения, ассоциированная с физическими нагрузками, детерминирована непосредственным воздействием астении на способность человека вести

---

<sup>29</sup> В исследовании Б.А. Волель с соавторами «Клинико-лабораторные маркеры астенического синдрома у больных саркоидозом», выполненной на выборке больных с саркоидозом легких, астенические расстройства соотносились с недостаточной дегрануляционной активностью нейтрофилов в ходе развития воспалительной реакции и нарушением соотношения лейкоцитарной эластазы и других маркеров воспаления (в частности, функциональной активности  $\alpha$ 1-ПИ, а также концентрации СРБ и уровня нейроантигенов ( $\alpha$ АТ) к S100b и основному белку миелину ОБМ) [256, 269].

привычную ежедневную деятельность, в то время как общая астения рассматривается как ощущение истощения, которое не связано значительно с физической активностью или напряжением. Вместе с тем, была разработана 6-классовая и 5-классовая модель, основанная на степени выраженности и траектории течения (стабильности симптоматики или последовательное нарастание/уменьшение тяжести) астении, ассоциированной с физическими нагрузками, и общей астении. В результате, было показано, что пол, возраст, отсутствие физической активности, сахарный диабет, сопутствующие заболевания, ФК по NYHA, способность переносить физическую нагрузку и применение психофармакотерпии являлись предикторами астении, ассоциирующейся с физическими нагрузками, варьирующимися в зависимости от классов усталости. Предикторы общей астении, также различающиеся с учетом классов усталости, представляли собой курение, отсутствие физической активности и способность переносить физическую нагрузку. В отношении прогноза было продемонстрировано, что больные в классах с тяжелой астенией, ассоциированной с физическими нагрузками, и с тяжелой общей астенией имели почти в три раза повышенный риск смертности по сравнению с референтными группами<sup>30</sup>, тогда как пациенты с низкой степенью выраженности астении, ассоциированной с физическими нагрузками, имели низкий риск смертности.

В недавно проведенном исследовании Н. Walthall с соавт. (2019) астенические расстройства при ХСН рассматривались согласно трем ключевым факторам: астения как физическое ограничение, психологическая реакция на астению и астения как часть повседневной жизнедеятельности [191].

Такие проявления астенических расстройств как физическое истощение, ощущение недостатка сил и энергии, сонливость препятствуют больным следовать привычному образу жизни, вносят негативные коррективы в повседневную деятельность [145]. Так, пациенты не могут закончить уборку по

---

<sup>30</sup> В 6-классовой модели астении, ассоциированной с физическими нагрузками, класс астении средней степени выраженности и уменьшением симптомов астении с течением времени, как наибольшая группа пациентов, был концептуализирован как референтная группа. В 5-классовой модели общей астении класс со средней выраженностью астении и достаточно стабильной выраженностью проявлений в течение времени составил наибольшую группу пациентов и был определен как референтная группа.

дому, а некоторые воспринимают даже обычную ходьбу как трудность. Важно отметить, что больные, страдающие астеническими расстройствами, описывают недостаток энергии как истощение, а не отсутствие желания к деятельности, что позволяет разграничить астенические расстройства и апатию [219].

В ряде исследований было продемонстрировано, что астенические расстройства ассоциируются с высоким уровнем повторных госпитализаций и смертностью [68, 134].

Однако несмотря на прогностическую значимость астенических расстройств при ХСН, некоторые аспекты по-прежнему остаются неоднозначными, в том числе и клинические, социо-демографические детерминанты астенического синдрома.

Так, в работах, посвященных изучению демографических характеристик, было продемонстрировано, что нахождение в браке [235], женский пол, наличие низкого уровня образования, а также безработный статус [241] коррелирует с астенией у пациентов с ХСН. Однако Evangelista с соавт. (2006) выявили отличные результаты, свидетельствующие о том, что ни возраст пациентов, ни пол не были ассоциированы с астеническим синдромом [92].

Известно, что астения, будучи неспецифическим транснозологическим конструктом, специфична как для соматических патологий, так и для депрессивных расстройств. В ряде работ было продемонстрировано, что симптомы одышки, депрессии и личностные особенности представляют собой важные детерминанты астении при ХСН [76, 115, 140, 241]. Однако в исследовании S. Нео с соавт. (2019) были показаны иные результаты: не была выявлена значимая ассоциация между депрессивным расстройством и астеническим синдромом у больных с ХСН [245]. В работе L. Jasiukeviciene с соавт. (2008) астенические расстройства при ХСН коррелировали со степенью тяжести сердечно-сосудистого заболевания [128].

Также неоднозначными остаются данные о возможных взаимосвязях между астенией и косвенными показателями соматического состояния, такими как ФК по NYHA и фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ). Так, результаты ряда

исследований подтверждают ассоциацию между астенией и ФК по NYHA [88, 133], тогда как в других работ не были выявлены значимые корреляции между астенией и ФК по NYHA [92] или ФВ [92, 224].

### **Личностные особенности у пациентов с ХСН**

Одним из значимых аспектов изучения психических расстройств при ХСН является определение роли вклада личностных особенностей в формирование реакций на сердечно-сосудистую патологию.

В настоящее время в доступных работах превадирует мнение о негативном воздействии личности типа D на течение и клинический исход ХСН. Личность типа D («distressed») характеризуется двумя устойчивыми характерными особенностями, такими как негативная аффективность или склонность испытывать отрицательные эмоции (например, гнев, печаль, страх, раздражительность) непосредственно после ситуации и спустя длительное время, и социальная ингибция, реализующаяся тенденцией сдерживать данные эмоции при социальном взаимодействии ввиду страха непринятия или неодобрения [183].

Существуют данные, что личность типа D коррелирует с более низким уровнем качеством жизни и худшим соматическим состоянием пациентов, принимая во внимание демографические и клинические характеристики, в том числе дисфункции левого желудочка и ФК по NYHA [248, 261, 265]. Личность типа D при ХСН также ассоциируется с повышенным уровнем провоспалительных цитокинов [106, 266], являющихся маркерами неблагоприятных прогнозов ХСН, и с высоким уровнем смертности спустя время (более 6 месяцев) [203].

Одними из значимых аспектов изучения влияния личности типа D на течение и прогноз ХСН являются поведенческие паттерны по отношению к здоровью [75, 178, 264, 267]. Многочисленные исследования, выполненные на выборках больных кардиологического профиля, подтверждают, что личность типа D соотносится с низкой приверженностью медикаментозной терапии [151, 208], несоблюдением диеты и рекомендаций по выполнению физических нагрузок [97], а также несвоевременным обращением за специализированной помощью [194, 208].

Однако следует отметить критическую работу James C. Coyne с соавт. (2011), включающую 706 больных с ХСН, с длительностью наблюдения 9 месяцев. Авторы исследования показали отсутствие прогностической значимости наличия личности типа D в отношении смертности (HR = 0.779, 95% CI = 0.489-1.242), а также подчеркнули значительное перекрытие в содержании инструментов диагностики депрессивных симптомов и двух составляющих личности типа D, негативной аффективности и социальной ингибиции [162].

Важно акцентировать, что в преобладающем большинстве вышеописанных исследований в качестве методики верификации и оценки личностных характеристик применяются формализованные шкалы/опросники без проведения развернутого клинического интервью, что может искажать конечные результаты.

Лишь в немногочисленных исследованиях личностные особенности больных с ХСН изучались в рамках психопатологического подхода. Так, в работе Phillip J.Tully с соавт. (2014) было показано, что практически в одной трети наблюдений (28,8%) для больных с ХСН характерны расстройства личности, среди которых наиболее часто наблюдаются избегающее, пограничное и обсессивно-компульсивное расстройство личности [257].

Между тем, исследования, выполненные на выборках пациентов кардиологического профиля, демонстрируют значимость личностной predisпозиции в качестве предиктора формирования дезадаптивного поведения в болезни [37, 38].

Так, в большом количестве работ подчеркивается клиническая значимость конституционального преморбида, включающего помимо классических категорий расстройств личности также и патохарактерологические дименсии, характеризующиеся особенностями функционирования соматопсихической сферы – соматоперцептивные акцентуации [38, 46]. Соматоперцептивные акцентуации дифференцируются на три типа: невропатия (соматопатия)<sup>31</sup> [184],

---

<sup>31</sup> Невропатическая конституция проявляется вегетативной лабильностью (сосудистые кризы, головокружения, ортостатические обмороки, сердцебиения, гипергидроз и др.); функциональными нарушениями со стороны основных систем организма; сенсбилизацией к инфекционным агентам; «псевдоаллергическими» реакциями (крапивница, дерматит, непереносимость отдельных продуктов питания); немотивированным субфебрилитетом;

соматотония<sup>32</sup> [179], сегментарная деперсонализация<sup>33</sup> [228] или устойчивость/упругость (resilience) к нарушениям в телесной сфере [195, 237].

В работе А.Б. Смулевича с соавт. (2019), выполненной на выборке из 106 пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) и рассматриваемой в качестве неблагоприятного исхода, в том числе и развитие ХСН III-IV ФК на максимальной переносимой терапии, были определены 3 типа психосоматических («кардиоперсонифицированных») синдромов, в зависимости от соотношения характера течения ХИБС и соматоперцептивной конституции. Таким образом, у больных с невропатической конституцией и высоким уровнем тревоги о здоровье лишь в 11% наблюдений прогрессировала ХСН (89% – острый коронарный синдром), у пациентов с соматотонией и невропатией и умеренно повышенным уровнем тревоги о здоровье – в 18% (67% – другие причины) и для пациентов с сегментарной деперсонализацией в 100% случаев было специфично прогрессирование ХСН [38].

В исследовании Н.Н. Петровой (2019), включающем 30 пациентов с ХСН и 30 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ), с целью изучения личностно-психологических особенностей, определялись личностная тревожность и алекситимия с использованием психопатологического и психометрического методов<sup>34</sup> [34]. В работе было показано, что больным с ХСН, также как и пациентам с ИБС, ГБ была характерна высокая личностная тревожность. И вне зависимости от нозологии для пациентов была специфична алекситимия, однако в когорте больных с ХСН ее уровень был ниже в

---

метеопатией; расстройствами телесной перцепции (гиперпатии, гиперестезии, алгии – псевдомигрени, фибромиалгии); астеническими проявлениями.

<sup>32</sup> Соматотония реализуется ощущением повышенного телесного тонуса в сочетании с потребностью в регулярной физической активности - «культ тела» (занятия спортом, толерантность к физическим нагрузкам, выносливость). В ряде случаев стремление к поддержанию «безупречной» хорошей физической формы сопровождается фиксацией на проявлениях телесной сферы с утрированной заботой о здоровье, тенденцией придерживаться «правильного» образа жизни, соблюдением разнообразных диет.

<sup>33</sup> Сегментарная деперсонализация – безразличие к любым проявлениям со стороны телесной сферы, незаинтересованность в поддержании хорошей физической формы (нерегулярное питание; снижение навыков чистоплотности; отсутствие режима сна и отдыха; ношение одежды не по сезону, повышающее риск в отношении простудных заболеваний), высокая толерантность/нечувствительность к болевым стимулам; пренебрежение вопросами собственного здоровья (манкирование профилактическими медицинскими осмотрами, обращение к врачам лишь на поздних стадиях соматического заболевания).

<sup>34</sup> Психометрическое обследование включало следующий набор диагностических методик: Госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала тревожности Спилбергера, Торонтская алекситимическая шкала.

сопоставлении с пациентами с ИБС и ГБ. Таким образом, прослеживается определенная динамика алекситимии на фоне прогрессирования кардиологической патологии, реализующаяся снижением уровня выраженности алекситимии при нарастании отчетливой жизненной угрозы, детерминированной прогрессированием болезни в виде осложнения ХСН.

\*\*\*

Подводя итоги обзора доступных научных публикаций, посвященных изучению психической патологии при ХСН, можно сделать вывод о накоплении гетерогенных психических и личностных расстройств, негативно влияющих на течение и прогноз обсуждаемого кардиологического заболевания. При этом разнообразие психопатологических симптомокомплексов детерминировано в том числе и социально-демографическими и клиническими особенностями ХСН (продолжительность заболевания, ФВ ЛЖ, ФК, стадия и др.).

К настоящему времени, если данные о расстройствах депрессивного и тревожного спектра широко освещены в литературе, то распространенность и особенности клинической структуры диссоциативных расстройств при ХСН ограничиваются отдельными сообщениями. При этом диссоциативные реакции, реализующиеся несоответствующим восприятием больными симптомов ХСН с тяжестью кардиологического заболевания, что является одним из значимых факторов риска низкой приверженности лечению (несоблюдение назначенных рекомендаций, невовременного обращения за медицинской помощью), приводят посредством дезадаптивных паттернов поведения к частым декомпенсациям ХСН и неблагоприятному исходу в целом. Следует акцентировать внимание, на том что особенности течения ХСН требуют постоянного взаимодействия врача с пациентом и динамического наблюдения, что рассматривается в качестве одного из значимых факторов успешной курации и лечения пациента. Однако динамическое наблюдение становится невозможным у больных с диссоциативными расстройствами, что приводит к развитию частых обострений ХСН, которые возможно было бы предотвратить при своевременной коррекции терапии.

Обращает на себя внимание недостаток клинических данных в сочетании с противоречивостью сведений в отношении личностной предрасположенности к формированию психических расстройств при ХСН. Однако в отдельных исследованиях прослеживается прогностическая значимость личностных характеристик, влияющих на восприятие симптомов ХСН, поведение в болезни и как следствие обуславливающих течение и прогноз сердечно-сосудистого заболевания.

Отдельно следует выделить, что несмотря на то, что астенические расстройства являются одними из наиболее распространенных коморбидных патологий при ХСН и ассоциируются с высоким уровнем повторных госпитализаций и смертностью, остаются неоднозначными вопросы патогенеза астении и вклада собственно ХСН в развитие и прогрессирование астении. Кроме того, астенические расстройства являются наиболее субъективно тягостным симптомом для больных и одним из значимых клинических показателей развития декомпенсации ХСН, требующих пристального динамического наблюдения. Однако нередко в рутинной практике врачи соматического профиля не придают диагностической значимости формированию и развитию астении. Таким образом, остается открытым вопрос информативной и объективной диагностики астенических расстройств.

И в заключении стоит подчеркнуть, что большинство работ, изучающих психические расстройства при ХСН, выполнены с использованием психометрического метода врачами соматического профиля, и лишь в немногих исследованиях используется клинко-психопатологическое обследование, что, по-видимому, может приводить к смещению результатов и обуславливать расхождение и неоднозначность выводов разных исследований.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Набор выборки двухцентрового срезового исследования осуществлен в период с 2019 по 2020 гг. на базе Университетской клинической больницы №1 (главный врач – к.м.н. Д.В. Бутнару) ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (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 Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского (и.о. зав. каф. – д.м.н. Б.А. Волель) и кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского (зав. каф. – д.м.н. Д.А. Андреев). Формирование выборки на базе городской и академической клиник обусловлено стремлением к большей репрезентативности.

Дизайн исследования включал проведение двух этапов с параллельным формированием двух выборок. Для изучения расстройств депрессивного, тревожного и диссоциативного спектра при ХСН формировалась **клинико-психопатологическая выборка**. Заявленные психические расстройства представляли собой наибольший интерес для изучения ввиду широкой распространенности в популяции больных общемедицинского профиля, тогда как тяжелая психическая патология, в том числе психотического регистра и шизофрения, выходила за рамки настоящего исследования. С целью изучения и дифференциации астении, являющейся транснозологическим конструктом и определяющейся как при ХСН, так и при ряде психических расстройств, формировалась **клинико-иммунологическая выборка**, обуславливающая исключение коморбидной психической патологии для разграничения симптомов астении и депрессивной патологии, а также предотвращения возможного искажения проявлений симптомов в виде преувеличения или, напротив, недооценки выраженности астенического симптомокомплекса на фоне тревожной

или диссоциативной патологии. Для изучения патогенеза астении, а также объективизации возможных диагностических мероприятий применялось иммунологическое обследование, проводимое сотрудниками лаборатории нейроиммунологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – д.м.н. Ю.А. Чайка) (см. Рисунок 1).

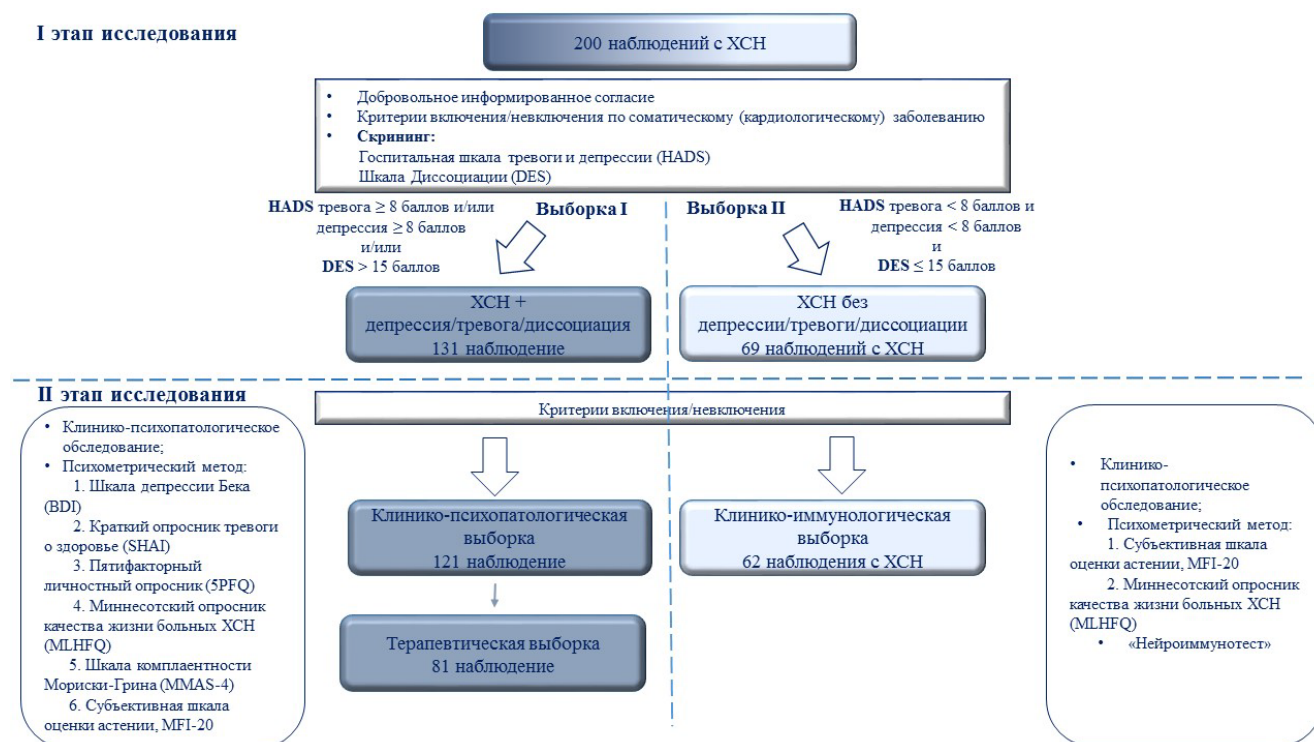


Рисунок 1 – Дизайн исследования

**Первый этап исследования (I)** включал скрининг психических расстройств среди пациентов с ХСН, проходивших стационарное лечение в клинике кардиологии Университетской клинической больницы №1 (зав. отделением – д.м.н., проф. Д.А. Андреев) и отделении для больных с ХСН и легочной гипертензией Городской клинической больницы №51 (к.м.н., доцент Е.Н. Данковцева), давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Все пациенты проходили соматическое обследование, проводимое сотрудниками клиники кардиологии УКБ №1 и кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики ИКМ им. Н.В. Склифосовского, а

также сотрудниками отделения для больных с ХСН и легочной гипертензией ГКБ №51, и включавшее консультацию кардиолога и рутинные методы, предусмотренные стандартом оказания стационарной помощи в связи с диагнозом ХСН (лабораторные методы и инструментальные методы диагностики: электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭХОКГ)).

Процедура скрининга включала использование психометрических методик. С целью скрининга расстройств депрессивного и тревожного спектра использовалась Госпитальная шкала депрессии и тревоги (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), разработанная как скрининговый инструмент для рутинного использования в общей медицинской практике и характеризующаяся высокой чувствительностью и специфичностью (0,80 и 0,88 для субшкалы депрессии; 0,89 и 0,75 для субшкалы тревоги соответственно) [187, 250, 273]. Для скрининга диссоциативных расстройств использовалась Шкала диссоциации (Dissociative Experience Scale, DES), применяющаяся в том числе и на когорте пациентов непсихиатрического профиля [156].

В результате скрининга были сформированы **две группы пациентов**: I-ая группа – больные с депрессивными, тревожными и диссоциативными расстройствами (пороговое значение по одной или обоим субшкалам HADS  $\geq 8$  баллов и/или по шкале DES  $> 15$  баллов); 2-ая группа – пациенты без расстройств депрессивного, тревожного и диссоциативного спектра (пороговое значение по обоим субшкалам HADS  $< 8$  баллов и по шкале DES  $\leq 15$  баллов).

Набор пациентов на I этапе исследования проводился в соответствии с разработанными критериям включения/невключения по соматической (кардиологической) патологии.

#### **Критерии включения I этапа исследования:**

- мужчины и женщины в возрасте от 35 до 85 лет<sup>35</sup>;
- добровольное информированное согласие на участие в исследовании;

---

<sup>35</sup> Выбранный нижний возрастной диапазон клинической выборки объясняется тем, что в настоящее время существует относительно немного исследований, посвященных изучению пациентов в трудоспособном возрасте с верифицированным диагнозом ХСН. Верхний возрастной диапазон выборки обусловлен широкой распространенностью когнитивных расстройств среди лиц старше 85 лет, что препятствует полноценному сбору анамнестических данных и проведению психометрического обследования.

– верифицированный диагноз ХСН II-IV функционального класса по НУНА и сердечно-сосудистых заболеваний, на фоне которых она сформировалась (I50 по МКБ-10).

**Критерии невключения I этапа исследования:**

– сопутствующие неврологические и другие соматические заболевания, клиническая картина которых может включать астению: старческая астения/слабость (R54); переутомление (Z73.0); системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему (G10-G13); экстрапирамидные и другие двигательные нарушения (G20-G26); другие дегенеративные болезни нервной системы (G30-G32); демиелинизирующие болезни центральной нервной системы (G35-G37); полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы (G60-G64); болезни нервно-мышечного синапса и мышц (G70-G73); другие нарушения нервной системы (G90-G99); нарушения функционирования щитовидной железы (E00-E07); онкологическое заболевание (C00-C97); системные поражения соединительной ткани (M30-M36); саркоидоз (D86); другая хроническая обструктивная легочная болезнь (J44); астма (J45); другие виды гиперсекреции коры надпочечников (E27); болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (анемии, связанные с питанием – D50-D53; гемолитические анемии – D55-D59; апластические и другие анемии – D60-D64; нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния – D65-D69; другие болезни крови и кроветворных органов – D70-D77; отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм – D80-D89);

– обострение воспалительных и инфекционных заболеваний в течение 2 месяцев до начала обследования;

– состояния тяжёлой соматической декомпенсации, препятствующие выполнению полноценного психопатологического обследования.

**На II этапе исследования** посредством развернутого клинико-психопатологического обследования в соответствии с критериями МКБ-10, дополненного результатами психометрического и психопатологического методов,

на основании **первой группы скрининга** была сформирована **клинико-психопатологическая выборка**, составившая 121 наблюдение с психическими расстройствами, на основании **второй группы скрининга** с целью изучения астении – **клинико-иммунологическая выборка**, представляющая 62 наблюдения.

Обе выборки удовлетворяли соответствующим им критериям включения/невключения. На II этапе из исследования выбыло 11 человек. В клинико-психопатологическую выборку не вошли 10 человек в связи со следующими причинами: отказались от дальнейшего участия в исследовании – 4 человека; не удовлетворяли критериям включения (отсутствовал диагноз депрессивного, тревожного, диссоциативного расстройства согласно МКБ-10) – 3 человека; не удовлетворяли критериям неключения – 2 человека (биполярное аффективное расстройство, F31 – 1 наблюдение, сосудистая деменция, F01 – 2 наблюдения). В клинико-иммунологическую выборку не вошли 7 человек ввиду следующих причин: отказались от дальнейшего участия в исследовании – 3 человека; не удовлетворяли критериям включения – 4 человека (верифицированы диагнозы согласно МКБ-10: биполярное аффективное расстройство, F31 – 1 наблюдение – 1 наблюдение; другие реакции на тяжелый стресс, F43.8 – 2 наблюдения, шизотипическое расстройство, F21 – 1 наблюдение).

**Критерии включения II этапа исследования (клинико-психопатологическая выборка):**

Наличие одного из психических расстройств согласно МКБ-10:

– депрессивные расстройства: депрессивный эпизод – F32; рекуррентное депрессивное расстройство – F33; дистимия – F34.1; короткая депрессивная реакция – F43.20; пролонгированная депрессивная реакция – F43.21; органические расстройства настроения – F06.3;

– тревожные расстройства: паническое расстройство – F41.0; генерализованное тревожное расстройство – F41.1; соматизированное расстройство – F45.0; другие реакции на тяжелый стресс (нозогенная реакция с тревожной симптоматикой) – F43.8;

– диссоциативные расстройства: другие реакции на тяжелый стресс (нозогенная реакция с диссоциативной симптоматикой) – F43.8.

**Критерии не включения II этапа исследования (клинико-психопатологическая выборка):**

– шизофрения: параноидная – F20.0, гебефреническая – F20.1, кататоническая – F20.2; хронические бредовые расстройства – F22; острые психотические расстройства – F23; шизоаффективные расстройства – F25;

– биполярное аффективное расстройство – F31;

– органические психические расстройства: деменция при болезни Альцгеймера – F00, сосудистая деменция – F01; деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках – F02; деменция неуточнённая – F03; органический амнестический синдром – F04; делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами – F05; органический галлюциноз – F06.0; органическое кататоническое состояние – F06.1; органическое бредовое шизофреноподобное расстройство – F06.2;

– психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ: острая интоксикация – F01.x0; абстинентное состояние с делирием – F01.x4; психотическое расстройство – F01.x5; амнестический синдром – F01.x6.

**На II этапе исследования** наряду с клинико-психопатологическим обследованием, включающим в том числе и анализ субъективных и объективных анамнестических сведений, использовался ряд психодиагностических методик<sup>36</sup>.

Для дифференциации психических расстройств при ХСН использовались следующие психометрические шкалы:

– Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) [63];

– Краткий опросник тревоги о здоровье (Short Health Anxiety Inventory, SHAI) [60].

Для верификации личностного профиля кроме критериев МКБ-10 использовалась гибридная модель. В рамках данной модели в

<sup>36</sup> Обследование проводилось клиническим психологом А.А.Любавской.

психопатологическом пространстве расстройств личности наравне с устойчивыми конституциональными категориями рассматриваются и более лабильные симптомокомплексы, включающие непатологические личностные акцентуации [142, 259]. Таким образом, с целью верификации конституциональных особенностей, включающих ряд характерологических дименсий, но не достигающих уровня расстройств личности, применялся Пятифакторный личностный опросник (Big Five personality factor, 5PFQ) [136].

С целью оценки качества жизни пациентов применялся Миннесотский опросник качества жизни у больных хронической сердечной недостаточностью (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire, MLHFQ) [213].

Для оценки приверженности лечению использовалась Шкала комплаентности Мориски-Грина (4-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-4) [180].

На основе клинко-психопатологической выборки была сформирована **терапевтическая выборка** среди пациентов, давших добровольное информированное согласие на проведение психофармакологического и психотерапевтического лечения и завершивших полный курс терапии.

При лечении пациентов применялись медикаментозный (биологический) и немедикаментозный (психотерапия) подходы. Продолжительность терапии определялась индивидуально с учетом динамики психопатологической симптоматики, эффективности проводимого лечения, а также течения ХСН. Средняя длительность курса терапии, проводимого стационарно в кардиологическом отделении и в последующем амбулаторно, составила в среднем  $7,4 \pm 3,9$  недели.

Оценка безопасности проводимой психофармакотерпии предполагала регистрацию нежелательных побочных действий на всех этапах лечения. На фоне проводимого лечения не отмечались побочные явления или симптомы нежелательного лекарственного взаимодействия с кардиотропными средствами, предписывающие преждевременную отмену психотропных препаратов.

Эффективность проводимой терапии оценивалась с помощью шкалы общего клинического впечатления (CGI), а также соответствующих психометрических методик в зависимости от психопатологической структуры (Шкала депрессии Бека (BDI<sub>i</sub>), Краткий опросник тревоги о здоровье (SHAQ), Шкала диссоциации (DES) и Субъективная шкала оценки астении (MFI-20)). Все участники исследования наблюдались 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. В качестве респондеров определялись больные с более чем 50% снижением баллов по шкале CGI, частичных респондеров – с более чем 25% снижением.

**Клинико-иммунологическую выборку** для изучения астенического симптомокомплекса составили 62 наблюдения с ХСН без коморбидной психической патологии с целью разграничения симптоматики и верификации особенностей астении при ХСН без психической патологии и с диагностированными психическими расстройствами.

**Критерии включения II этапа исследования (клинико-иммунологическая выборка):**

– отсутствие диагностируемой психической патологии согласно рубрике F по МКБ-10.

Для оценки клинических особенностей астенического симптомокомплекса и его влияния на качество жизни помимо клинико-психопатологического метода использовались следующие психометрические методики:

– Субъективная шкала оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20), которая позволяет проанализировать пять дименсий астенического расстройства: общая астения, пониженная активность, снижение мотивации, физическая астения, психическая астения [255];

– Миннесотский опросник качества жизни у больных хронической сердечной недостаточностью (Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire, MLHFQ) [213].

С целью исследования патофизиологических механизмов астении при ХСН и возможной объективизации диагностических мероприятий определялся ряд воспалительных и аутоиммунных маркеров:

– энзиматическая активность протеолитического фермента нейтрофилов – лейкоцитарная эластаза (ЛЭ), отражающая роль нейтрофилов в разворачивании воспаления, определялась в плазме крови спектрофотометрическим методом в модификации В.Л. Доценко [17] с использованием специфического субстрата N-терт-бутоксикарбонил-аланин-β-нитрофениловый эфир (BOC-Ala-ONp) («Sigma», США); активация нейтрофилов и повышение активности их протеолитических ферментов и, в первую очередь, ЛЭ, является важнейшей составляющей воспалительных реакций и изменения проницаемости сосудов (в том числе, сосудов гематоэнцефалического барьера при заболеваниях мозга) [176];

– ингибитор деструктивного протеолитического потенциала ЛЭ – острофазный белок α1-протеиназный ингибитор (α1-ПИ), являющийся одновременно белком острой фазы воспаления, измерялся в плазме с помощью унифицированного энзиматического метода [27], основанного на взаимодействии ингибитора с трипсином (в качестве субстрата использовали N-α-бензоил-L-аргининэтиловый эфир гидрохлорид (BAEE) (ICN Biomedical Inc., США));

– соотношение активности ЛЭ и α1-ПИ – лейкоцитарно-ингибиторный индекс (ЛИИ), в значительной мере отражает активность протеолитической системы воспаления, в большой степени определяя направленность воспалительной реакции в плане ее разрешения или хронификации [48];

– аутоантитела к нейроантигенам ОБМ и S-100B – аутоиммунные маркеры, характеризующие состояние приобретенного (специфического звена) иммунитета, активация которого ассоциируется с наиболее тяжелыми проявлениями заболевания определялись методом стандартного твёрдофазного иммуноферментного анализа в модификации Т. П. Ключник [13];

– концентрация интерлейкина-6 (ИЛ-6) и С-реактивного белка (hs-СРБ) в сыворотке крови определялась с помощью коммерческих тест-систем для иммуноферментного анализа («Вектор-Бест», Россия).

Все наблюдения, вошедшие в изучаемые выборки, были представлены на междисциплинарном клиническом консилиуме, проводимом под руководством академика РАН А.Б. Смулевича, с участием психиатров, кардиологов<sup>37</sup>, клинического психолога<sup>38,39</sup> и научного консультанта д.м.н., профессора Д.А. Андреева.

### **Методы статистической обработки данных**

Статистический анализ результатов выполнен с использованием пакетов программ IBM SPSS Statistics 26 и Statistica-10. Проверка на нормальность распределения проводилась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. В случае нормального распределения показателей обработка результатов проводилась с использованием параметрических методов. Данные представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где  $M$  – среднее арифметическое,  $\sigma$  – среднее квадратичное отклонение. Количественные признаки, имеющие ненормальное распределение, представлены в виде  $Me [Q1-Q3]$ , где  $Me$  – медиана,  $Q1$  и  $Q3$  – межквартильный размах. Сравнение двух независимых групп при нормальном распределении проводили с помощью  $t$ -критерия Стьюдента ( $t$ ), при ненормальном распределении применяли критерий Манна-Уитни. При сравнении более двух независимых групп использовался ранговый тест Краскелла-Уоллиса с поправкой на множественность сравнений.

Связь показателей оценивали с помощью корреляционного анализа с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена ( $\rho$ ). Сравнение групп по номинальным признакам проводили в таблицах сопряженности с использованием критерия  $\chi^2$ -Пирсона и точного критерия Фишера. Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

---

<sup>37</sup> Доцент кафедры неотложной и профилактической кардиологии, к.м.н. Е.А. Сыркина

<sup>38</sup> м. н. с. ФГБНУ Научный центр психического здоровья О. А. Садкова

<sup>39</sup> Клинический психолог Центра нейрпсихологии «Свет внутри» А.А. Любавская

## Социально-демографическая характеристика клинико-психопатологической выборки

Клинико-психопатологическая выборка составила 121 наблюдение (64 женщины, 57 мужчин, средний возраст –  $64,2 \pm 4,5$  года).

Практически равномерное распределение пациентов в зависимости от гендерной принадлежности согласуется с рядом исследований [5, 8]. Однако в настоящее время эпидемиологические данные в отношении гендерных аспектов у больных с ХСН остаются противоречивыми и, по всей видимости, в связи с тем, что ХСН является осложнением ряда соматических и большинства кардиологических заболеваний, зависят от множества факторов (этиология ХСН, возраст и др.).

Средний возраст больных в изучаемой выборке составил  $64,2 \pm 4,5$  года, что несколько ниже эпидемиологических сведений [22]. Такое расхождение может обуславливаться, во-первых, критерием невключения в исследование значительных когнитивных нарушений, что приводило к отсечению возрастных пациентов, для которых в большей степени характерны такие расстройства. Во-вторых, широко представленная распространенность мужчин в клинической выборке также могла приводить к снижению среднего возраста пациентов, т.к. по имеющимся данным для мужчин характерна более ранняя верификация ХСН по сравнению с женщинами [5].

Распределение пациентов в зависимости от социально-демографических показателей свидетельствует о достаточно высоком уровне адаптации больных – см. Таблицу 1.

Таблица 1 – Социально-демографическая характеристика клинико-психопатологической выборки

Показатель		Абс.	Процент
Образование	начальное/среднее	10	8,3%
	среднее специальное	63	52%
	высшее	48	39,7%

Продолжение Таблицы 1

Показатель		Абс.	Процент
Семейный статус	в браке	82	67,7%
	в разводе/не вступали в брак	12	9,9%
	овдовели	27	22,4%
Профессиональный статус	работают	39	32,2%
	пенсионеры	82	67,8%
Инвалидность по кардиологическому заболеванию	оформлена инвалидность	40	33,0%
	не оформлена инвалидность	81	67,0%

В изучаемой когорте пациентов преобладали больные, состоящие в браке (82 наблюдения, 67,7%), реже были овдовевшими (27 наблюдений, 22,4%) и разведенными (12 пациентов, 9,9%).

Половина пациентов клинической выборки (63 наблюдения, 52%) получила среднее специальное образование, несколько реже (48 наблюдений, 39,7%) – высшее профессиональное. Больше половины пациентов (82 наблюдения, 67,8%) находилось на пенсионном обеспечении, что обусловлено средним возрастом больных с ХСН.

Инвалидность по кардиологическому заболеванию отмечалась лишь в одной трети случаев (40 наблюдений, 33,0%).

### **Кардиологическая характеристика клинко-психопатологической выборки**

Все больные изучаемой выборки проходили стационарное лечение в связи с диагностированной ХСН (I50 по МКБ-10).

Средняя продолжительность ХСН от верификации до включения пациентов в исследование составила  $4,5 \pm 3,1$  лет. Каждый больной изучаемой выборки госпитализировался в связи с декомпенсацией ХСН в среднем  $2,6 \pm 1,4$  раз ежегодно.

Подробная характеристика кардиологических параметров изучаемой клинической выборки представлена в Таблице 2.

Таблица 2 – Кардиологическая характеристика клинико-психопатологической выборки

Показатель		Абс.	Процент
Основное кардиологическое заболевание	гипертоническая болезнь	94	77,7%
	фибрилляция предсердий	75	61,9%
	ИБС (в т.ч. ПИКС)	42	34,7%
	дилатационная кардиомиопатия	21	17,3%
Фракция выброса левого желудочка, ФВ ЛЖ	сниженная (<40)	42	34,7%
	«промежуточная» (40-49)	32	26,4%
	сохраненная (≥50)	47	38,9%
Стадия заболевания по Василенко-Стражеско	II А	59	48,8%
	II В	62	51,2%
Функциональный класс (ФК по NYHA)	II	18	14,9%
	III	76	62,8%
	IV	27	22,3%
Методы лечения	терапевтическое лечение	90	74,4%
	кардиохирургическое вмешательство	31	25,6%

Наиболее часто среди основных кардиологических патологий выделялись гипертоническая болезнь (94 наблюдения, 77,7%) и фибрилляция предсердий (75 наблюдений, 61,9%). Полученные результаты частично соотносились с данными литературы, рассматривающих гипертоническую болезнь как наиболее частую причину развития ХСН [22].

Частота встречаемости больных в зависимости от уровня фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) была практически равномерной: сохраненная, промежуточная и сниженная ФВ ЛЖ наблюдалась в 38,9%, 26,4% и 34,7% случаев соответственно. Также равномерно распределялись больные в зависимости от стадии ХСН по классификации Василенко-Стражеско: II А – 59 наблюдений, 48,8%, II В – 62 наблюдения, 51,2%.

Для большинства пациентов (76 наблюдений, 62,8%) был характерен III функциональный класс (ФК) по NYHA, несколько реже наблюдались более

тяжелые пациенты с IV ФК по NYHA (27 пациентов, 22,3%), и лишь для 18 больных (14,9%) был присущ II ФК по NYHA.

В преобладающем количестве наблюдений (74,4%) проводилось консервативное лечение, однако в 25,6% случаев требовалось проведение кардиохирургического вмешательства в виде сердечной ресинхронизирующей терапии, а в ряде наблюдений даже трансплантации сердца.

### **Социально-демографическая характеристика клинико-иммунологической выборки**

Клинико-иммунологическая выборка для изучения астенических расстройств была сформирована из 62 пациентов (34 мужчины, 28 женщин; средний возраст  $64,4 \pm 9,7$  лет) без коморбидной психической патологии.

Особенности гендерного распределения, а также среднего возраста больных, были сопоставимы с пациентами клинико-психопатологической выборки, что обуславливалось аналогичными факторами.

Подробная характеристика социально-демографических показателей клинико-иммунологической выборки представлена в Таблице 3.

Таблица 3 – Социально-демографическая характеристика клинико-иммунологической выборки

Показатель		Абс.	Процент
Образование	начальное/среднее	3	4,8%
	среднее специальное	41	66,1%
	высшее	18	29,1%
Семейный статус	в браке	36	58,0%
	в разводе/не вступали в брак	14	22,6%
	овдовели	12	19,4%
Профессиональный статус	работают	20	32,2%
	пенсионеры	42	67,8%
Инвалидность по кардиологическому заболеванию	оформлена инвалидность	28	45,1%
	не оформлена инвалидность	34	54,9%

Большинство пациентов клинико-иммунологической выборки имели среднее специальное образование (41 наблюдение, 66,1%), реже – высшее (18 наблюдений, 29,1%) и начальное или среднее образование (3 наблюдения, 4,8%). Ввиду возрастных особенностей изучаемой когорты пациентов подавляющее большинство находилось на пенсионном обеспечении (42 наблюдения, 67,8%).

Практически половина пациентов (36 наблюдений, 58,0%) состояли в браке, в оставшейся части были одиноки: разведенными (14 наблюдений, 22,6%) или овдовевшими (12 наблюдений, 19,4%).

Инвалидность по кардиологическому заболеванию была оформлена почти в половине случаев (28 наблюдений, 45,1%), что, по всей видимости, обусловлено тяжестью кардиологической патологии (см. ниже), соответствующе воспринимаемой пациентами ввиду отсутствия коморбидных психических расстройств, которые могут негативно искажать представление больных о своем соматическом состоянии.

### **Кардиологическая характеристика клинико-иммунологической выборки**

Все пациенты, составившие клинико-иммунологическую выборку, проходили стационарное лечение с верифицированным диагнозом ХСН (I50 по МКБ-10).

Средняя длительность ХСН с момента диагностики до включения пациентов в исследование составила  $8 \pm 6,3$  лет. Каждый больной проходил стационарное лечение в связи с декомпенсацией ХСН в среднем  $2,3 \pm 1,4$  раз ежегодно.

Характеристика клинико-иммунологической выборки, включающая кардиологические показатели, представлена в Таблице 4.

В преобладающем большинстве среди основных кардиологических заболеваний в клинико-иммунологической выборке наблюдалась гипертоническая болезнь (53 наблюдения, 85,5%) и практически равномерно с высокой частотой встречаемости диагностировались ишемическая болезнь, в том числе и постинфарктный кардиосклероз, (48 наблюдений, 77,4%) и фибрилляция предсердий (46 наблюдений, 74,2%).

Таблица 4 – Кардиологическая характеристика клинико-иммунологической выборки

Показатель		Абс.	Процент
Основное кардиологическое заболевание	гипертоническая болезнь	53	85,5%
	фибрилляция предсердий	46	74,2%
	ИБС (в т.ч. ПИКС)	48	77,4%
	дилатационная кардиомиопатия	14	22,5%
Фракция выброса левого желудочка, ФВ ЛЖ	сниженная (<40)	32	51,6%
	«промежуточная» (40-49)	14	22,2%
	сохраненная (≥50)	16	25,8%
Стадия заболевания по Василенко-Стражеско	II А	26	41,9%
	II В	36	58,1%
Функциональный класс (ФК по NYHA)	II	9	14,5%
	III	50	80,6%
	IV	3	4,8%
Методы лечения	терапевтическое лечение	43	69,3%
	кардиохирургическое вмешательство	19	30,7%

В половине случаев у пациентов диагностировалась сниженная фракция выброса левого желудочка (32 наблюдения, 51,6%), а также II В стадия ХСН согласно классификации Василенко-Стражеско, реже отмечалась сохраненная (16 наблюдений, 25,8%) или «промежуточная» (14 наблюдений, 22,2%) фракция выброса и II А стадия ХСН (26 наблюдений, 41,9%). У абсолютного большинства верифицировался III функциональный класс по NYHA – 50 наблюдений, 80,6%.

Вышеописанные кардиологические показатели клинико-иммунологической выборки свидетельствуют о накоплении пациентов в умеренном и тяжелом состоянии, что соотносится с эпидемиологическими данными об увеличении количества пациентов с высокими функциональными классами по NYHA [22].

Следует отметить, что если в клинико-иммунологической выборке пациенты без психической патологии были относительно однородны в отношении

тяжести ХСН, то в клинико-психопатологической выборке больные с ХСН и психическими расстройствами характеризовались разной степенью тяжести ХСН, что, по всей видимости, обусловлено влиянием психической патологии посредством поведенческих паттернов на течение ХСН.

Кардиохирургическое вмешательство требовалось в 30,7% случаев, что определялось тяжестью кардиологического состояния пациентов клинико-иммунологической выборки.

### ГЛАВА 3. ТИПОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

К настоящему времени накопленный пул данных демонстрирует клиническое многообразие структуры психических расстройств при ХСН [2, 22, 102, 110, 117, 193, 245, 246].

Однако за рамками выполненных исследований остается представление целостной психопатологической картины гетерогенных психических расстройств, учитывающей клинические особенности в зависимости от вклада конституциональных и соматических (кардиологических) характеристик в их формирование.

**Рабочая гипотеза.** Гетерогенная клиническая картина психических расстройств при ХСН, ассоциирующихся с дезадаптивными паттернами поведения различной степени выраженности, определяется соучастием особенностей личностных характеристик и кардиологического заболевания.

Встречаемость изучаемых психических расстройств составила 60,5% (121 наблюдение), которые, согласно МКБ-10, неравномерно распределялись в зависимости от нозологических форм – см. Таблицу 5.

Таблица 5 – Распределение психических расстройств в соответствии с МКБ-10

Код МКБ-10	Психические расстройства	Количество наблюдений (Абс.)	Процент (%)
Диссоциативные расстройства		76	62,8
F 43.8	другие реакции на тяжелый стресс (нозогенная реакция с диссоциативной симптоматикой)	76	62,8
Тревожные расстройства		28	23,2
F41.0	паническое расстройство	3	10,7
F41.1	генерализованное тревожное расстройство	6	21,4
F43.8	другие реакции на тяжелый стресс (нозогенная реакция с тревожной симптоматикой)	9	32,2
F45.0	соматизированное расстройство	10	35,7

Продолжение Таблицы 5

Код МКБ-10	Психические расстройства	Количество наблюдений (Абс.)	Процент (%)
Депрессивные расстройства		17	14,0
F32	депрессивный эпизод	1	5,9
F33	рекуррентное депрессивное расстройство	1	5,9
F34.1	дистимия	2	11,8
F43.20	короткая депрессивная реакция	1	5,9
F43.21	продолжительная депрессивная реакция	4	23,5
F06.3	органические расстройства настроения	8	47,0

Обращает внимание, что в изучаемой выборке в больше половины наблюдений (62,8%) диагностируются диссоциативные расстройства, что отличает распределение психических расстройств при ХСН от других сердечно-сосудистых патологий, при которых частота встречаемости диссоциативных расстройств имеет более низкий показатель [52]. Полученные результаты соотносятся с данными литературы, свидетельствующими о высокой распространенности пациентов с ХСН, недооценивающих тяжесть своего соматического состояния [193].

Невысокий процент доли пациентов с расстройствами депрессивного и тревожного спектра частично согласуется с предыдущими исследованиями [102] и может объясняться включением пациентов согласно критериям МКБ-10 с верифицированными диагнозами, а не по результатам психометрического обследования.

Следует отметить неравномерное распределение психических расстройств в зависимости от базы исследования, 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 – см. Таблицу 6. Так, если в университетской больнице

пациенты проходят плановое лечение преимущественно с невысоким ФК по НУНА, то в городскую больницу госпитализируются пациенты в том числе и экстренно в тяжелом состоянии с высокими ФК по НУНА.

Таблица 6 – Распределение психических расстройств в зависимости от базы исследования

База исследования	Диссоциативные расстройства (76 наблюдений)		Тревожные расстройства (28 наблюдений)		Депрессивные расстройства (17 наблюдений)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
УКБ №1 (57 наблюдений)	27	47,4	23	40,3	7	12,3
ГКБ №51 (64 наблюдения)	49	76,6	5	7,8	10	15,6

**Диссоциативные расстройства** (76 наблюдений, 40 мужчин, 36 женщин, ср. возраст  $64,4 \pm 12,7$ ) представляют собой особый интерес. Несмотря на то, что отображение диссоциативных расстройств при ХСН прослеживается лишь косвенно в отдельных исследованиях, их значимость не вызывает сомнений, заключающаяся в негативном воздействии опосредованно через дезадаптивные паттерны поведения на течение и прогноз кардиологического заболевания [17, 18, 28, 40].

Пациенты с диссоциативными расстройствами практически равномерно распределялись по гендерному признаку (мужчины – 40 наблюдений, 52,6%), преимущественно состояли в браке (50 наблюдений, 65,8%), не работали, находясь на пенсионном обеспечении (51 пациент 67,1%).

Средняя продолжительность ХСН от момента верификации до включения в исследование составила  $3,2 \pm 3,8$  лет. В большинстве случаев кардиологическое состояние пациентов характеризовалось как тяжелое, о чем свидетельствует превалирование в исследуемой группе III (44 наблюдения, 57,9%) и IV (22 наблюдения, 29,0%) ФК по НУНА, а также преобладание больных со сниженной (28 наблюдений, 36,8%) и «промежуточной» (18 наблюдений, 23,7%) ФВ ЛЖ. О тяжелом соматическом состоянии свидетельствуют и частые

госпитализации в связи с декомпенсацией ХСН, в среднем  $3,2 \pm 1,7$  в год. В подавляющем количестве случаев пациенты нуждались в терапевтическом лечении (53 наблюдения, 69,7%), однако практически одной трети больных требовалось проведение кардиохирургического вмешательства. При этом инвалидность по кардиологическому заболеванию наблюдалась только у 19 пациентов (25,0%).

Согласно диагностическим критериям МКБ-10 диссоциативные расстройства соотносились с рубрикой «Другие реакции на тяжелый стресс» (F43.8).

Клинико-психопатологическая картина диссоциативных реакций реализовывалась гетерогенными симптомокомплексами, что позволило в соответствии с традиционным пониманием диссоциативных расстройств, описанных в более ранних работах, выделить два типа: компартмент (compartment) и детачмент (detachment) [14, 69].

Диссоциативные расстройства по типу compartment характеризуются «двойным синдромом», проявляющимся отрицанием неприятных и удручающих ощущений, эмоций и воспоминаний, за фасадом которого отмечается тревожная симптоматика [30].

В классическом представлении detachment-диссоциации проявляются полным элиминированием психотравмирующего события и его последствий из сознания, что реализуется абсолютной убежденностью пациента в отсутствии верифицированного заболевания и проявлений латентной тревоги.

Экстраполируя данную бинарную концепцию диссоциативных расстройств, следует отметить особенности detachment-диссоциации при ХСН в виде осознания пациентами наличия диагностированной сердечно-сосудистой патологии, но при этом отрицающих тяжесть и последствия ХСН.

**Диссоциативная реакция по типу compartment** (49 наблюдений, 25 мужчин, 24 женщины, средний возраст  $64,3 \pm 12,8$ ). Клинико-психопатологическая картина такого типа реакций реализовывалась «синдромом по типу двойного сознания» [30], при котором на первом плане наблюдалась диссоциативная симптоматика, тогда как на фоне диагностировалась тревожная реакция.

Пациенты демонстрировали нарочитое отрицание волнения, беспокойства в отношении диагностированной ХСН, будучи убеждены в возможность благополучного исхода, высказывали идеи о непоколебимости ресурсов организма. Больные неохотно сталкивались с реальностью существования жизнеугрожающего и неизлечимого кардиологического заболевания, что R.T. Croyle и P.H. Ditto [94] называли «минимизацией угрозы для уменьшения эмоционального возбуждения». Отсутствовала заинтересованность в предоставляемой информации относительно диагноза ХСН и возможных рисков. Таким образом, несмотря на наличие хронической сердечно-сосудистой патологии, пациенты храбрились, а заболевание воспринимали как временное, преходящее, с возможностью полного излечения. Симптомы ХСН интерпретировались в соответствии с собственным представлением о соматическом состоянии организма. Например, одышка, даже усугубляющаяся, нарастающие отеки воспринимались как следствие повышения веса в связи с алиментарной причиной. Снижение толерантности к нагрузкам трактовалось как следствие возрастных изменений.

При этом в периоды тяжелой декомпенсации, определяющей невозможность игнорирования симптомов ХСН и накладывающей значительные физические ограничения, за фасадом наигранного оптимизма и бравады отмечалась тревожная симптоматика, реализующаяся страхом и тревогой за здоровье. Центральный денотат тревожных размышлений представлял собой страх необратимости симптомов сердечно-сосудистой патологии, вынужденного изменения привычного образа жизни и необходимости оформления инвалидности. Практически в половине случаев (21 наблюдение, 42,8%) наблюдались расстройства сна по типу ранней инсомнии, сочетающиеся с тревожными руминациями по типу «тревоги вперед», содержание которых ограничивались 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 в представленной группе лишь при развернутом клиническом интервью в силу особенностей клинико-психопатологической картины, накладываемых искаженным восприятием болезни.

Проявления нарочитой бравады и наигранного оптимизма в отношении соматического неблагополучия прослеживались и при использовании Субъективной шкалы оценки астении, результаты которой показали отсутствие выраженной астенической симптоматики (средний суммарный балл  $47 \pm 5,2$ ). При этом данные объективных исследований и опрос родственников показал, что пациенты быстро уставали, истощались, вынужденно делали длительные перерывы на отдых при выполнении привычной бытовой деятельности.

Следует отметить, что во всех наблюдениях не отмечалось депрессивного синдрома, что подтверждалось и клинико-психопатологическим методом, и результатами использования Шкалы депрессии Бека, свидетельствующими о низких баллах по когнитивно-аффективной ( $1,4 \pm 2,6$ ) и соматической ( $2,7 \pm 1,3$ ) субшкалам.

Таким образом, наблюдалась диссоциация между тревогой за здоровье без аффективных колебаний и демонстративно-пренебрежительным отношением к течению и прогнозу кардиологического заболевания.

При анализе личностных особенностей определено формирование диссоциации по типу compartment преимущественно у лиц с гипертимной и истерической акцентуациями. Личностные характеристики, специфичные для гипертимной акцентуации, а именно оптимизм, конституционально повышенный фон настроения, а также избегание стрессовых ситуаций, патологическое принятие желаемого за действительное, демонстрируемое лицами с истерической акцентуацией, нашли отражение и в реакции на болезнь, реализующееся бравадой, недооценкой тяжести соматического состояния с явлениями латентной тревоги.

Искаженное видение своего соматического состояния и ошибочное понимание кардиологического заболевания ассоциировалось с низкой приверженностью лечению.

Пациенты не контролировали необходимые параметры соматического состояния: не измеряли артериальное давление, не взвешивались с целью мониторинга возможного нарастания отеков и т.д. Отсутствовала внимательность и настороженность к изменениям самочувствия, возникновению нарастающих симптомов декомпенсации, что особенно важно для больных с ХСН с целью своевременной коррекции терапии. Средний балл согласно результатам субшкалы «бдительность к телесным ощущениям» Краткого опросника тревоги о здоровье составил  $1,2 \pm 1,1$ , что соотносилось с клинической картиной.

Больные игнорировали необходимость изменения образа жизни, соблюдение рекомендованной диеты. Пациенты тяготели к застолям, употребляли в большом количестве жирную и соленую пищу, злоупотребляли алкоголем. Практически половина пациентов (22 наблюдения, 44,9%), несмотря на разъяснительные беседы о возможных негативных последствиях курения, не отказывалась от вредной привычки.

Наряду с игнорированием общих рекомендаций ввиду халатного и недобросовестного отношения к собственному здоровью больные самостоятельно изменяли терапию, пропускали прием кардиотропных препаратов.

Дезадаптивное поведение в болезни подтверждалось и результатами использования теста Мориски-Грина, свидетельствующего о низкой приверженности лечению (средний балл  $0,8 \pm 1,2$ ).

На расхождение между объективными данными кардиологического состояния пациентов и их представлениями о собственном здоровье, последствиях ХСН указывал и низкий средний балл по Миннесотскому опроснику качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью ( $41 \pm 2,3$ ), соответствующий умеренным ограничениям.

Иллюстрацией диссоциативной реакции по типу compartment может служить следующее наблюдение.

## Клиническое наблюдение №1

### Пациентка Б.В.С., 72 года

Наследственность психопатологически не отягощена.

Отец. Работал сварщиком. По характеру был мягким, доброжелательным, спокойным. Старался избегать конфликтные ситуации. В семейной жизни был на вторых ролях. Баловал пациентку, потакал всем её прихотям. Умер в возрасте 86 лет от сердечно-сосудистой патологии.

Мать. Работала декоратором. Общительная, демонстративная, стремилась быть в центре внимания. Отличалась властностью, упрямством, категоричностью в суждениях. Тщательно следила за внешним видом, любила наряжаться. На состояние здоровья не обращала внимания, будучи погруженной в работу. Умерла в 60 лет от сердечно-сосудистой патологии.

Сын, 41 год, работает инженером в авиационной компании. По характеру малообщительный, рациональный. Отличается вспыльчивостью, обидчивостью. Разведен, детей нет.

Пациентка родилась от нормально протекавшей беременности. Раннее развитие соответствовало возрасту.

С малых лет была физически крепкой, бойкой. Любила заниматься спортом: посещала секцию по конькобежному спорту, играла в волейбол. Нравилось ощущение мышечного тонуса, прилив сил и энергии. В спортивных состязаниях привлекало чувство соперничества, возможность отличиться.

По характеру формировалась общительной, с легкостью заводила новые знакомства, при этом отличалась поверхностностью в общении. Стремилась быть в центре внимания, нравилось выделяться яркой одеждой.

Отличалась жизнерадостностью, при жизненных невзгодах подолгу не унывала, не фиксировалась на переживаниях. Однако после известия о значимых неприятных событиях (сокращение на работе, диагностированная фибрилляция предсердий у отца) на протяжении 2-3 дней ощущала нереальность происходящего, испытывала чувство, что трудности пройдут словно неприятный

сон. В результате отвлекалась, переключала внимание с непоколебимой уверенностью в благоприятном исходе проблемы.

В школу пошла с 7 лет, быстро адаптировалась в новом коллективе. К учебе интереса не проявляла, училась посредственно. Если предмет воспринимала скучным, не пыталась в нем разобраться. Обладая организаторскими способностями, принимала активное участие в общественной жизни школы.

С 13 лет, впечатлившись трудовыми обязанностями фармацевтов (изготовление суспензий, кремов), выбрала для себя будущую специальность.

В результате после окончания школы поступила в медицинский институт на фармацевтический факультет. В дальнейшем работала по специальности, быстро стала заместителем директора в аптеке. С трудовыми обязанностями справлялась. При этом накануне отчетных периодов становилась суетливой, испытывала беспокойство по поводу возможной недостачи, нарушался сон по типу трудностей засыпания с наплывом тревожных, образных представлений допущенных ошибок, порицаний со стороны руководства и дальнейшего увольнения с позором. После же того, как ситуация разрешалась, быстро забывала о переживаниях.

В 47 лет в связи с реорганизацией компании по протекции супруга трудоустроилась в авиационную компанию на должность завхоза. Будучи активной и настойчивой, быстро заслужила авторитет и уважение со стороны коллег, и спустя несколько лет стала возглавлять профсоюз. Занималась организацией путевок, проверками санаториев.

После выхода на пенсию в 60 лет, тяготясь без дела, стала возглавлять комитет по социальным вопросам по месту жительства, добивалась благоустройства района. Продолжала вести активный образ жизни: каждый год с подругами ездила отдыхать на море, лето проводила на даче, активно общалась с соседями, поддерживала приятельские отношения с бывшими коллегами, организовывала застолья.

Менструации с 11 лет, цикл установился не сразу, обильные, болезненные. В предменструальный период отмечала лабильность настроения, проявляющуюся раздражительностью, плаксивостью по незначительным поводам.

Интерес к противоположному полу с того же возраста. В отношениях любила принимать красивые ухаживания, заботу со стороны поклонников. Отличалась влюбчивостью. Замужем была дважды.

Первый брак в 30 лет. В избраннике привлекало то, что тот восторгался, баловал её, выполнял все прихоти и капризы. Однако в 43 года, влюбившись в другого, оценив его самоотдачу, развелась и повторно вышла замуж. Несмотря на властный характер второго супруга, умела хитростью получить желаемое, исподволь занимала лидирующую позицию в отношениях.

Беременность в 31 год, роды физиологичные. Была гиперопекающей матерью, постоянно контролировала сына и во взрослом возрасте. Даже когда сын стал проживать отдельно, уловками навязывала свое мнение, требовала повышенного внимания.

В течение жизни болела нечасто, обладала крепким физическим здоровьем. При возникновении сезонных простудных заболеваний старалась не оформлять больничные листы, тревожась за текущие процессы на работе, к врачам обращалась только при фебрильной температуре. Однако в отношениях с домочадцами, будучи даже незначительно простужена, становилась капризной, требовала особого внимания, преувеличивая жалобы. Прохождение ежегодных профилактических осмотров воспринимала обременительно, в результаты обследований не вдавалась, опасаясь обнаружения какой-либо соматической патологии. Боялась медицинских процедур, при заборе крови возникало головокружение, тошнота, несколько раз отмечались синкопальные состояния.

В 59 лет при плановом медицинском осмотре диагностирован сахарный диабет 2 типа. При этом рекомендованную диету не соблюдала, переложив заботу о собственном здоровье на супруга и сына, контролировала уровень глюкозы в крови только при их напоминании.

Первые признаки кардиологической патологии стала отмечать в 65 лет, когда периодически возникали распирающие боли пульсирующего характера в области затылка, сопровождаемые головокружением, слабостью, вялостью. Не задавалась вопросом этиологии головной боли, принимала обезболивающие,

старалась придерживаться постельного режима. На следующий же день забывала о соматическом неблагополучии. Однако постепенно частота таких алгий увеличилась, и по рекомендации подруги во время приступа стала измерять артериальное давление и принимать гипотензивные препараты. За специализированной помощью не обращалась, не считала повышенное артериальное давление серьезным заболеванием.

В 68 лет, находясь на даче, почувствовала резкую слабость, тошноту, голова была будто «затуманенная». По настоянию соседней, измерила артериальное давление, верифицировано повышение до 220/140 мм.рт.ст., была вызвана бригада СМП. Оказавшись в реанимации, испытывала недоумение, считая себя до инцидента полностью здоровой, не могла поверить в случившееся, удивлялась, что отсутствие контроля артериального давления могло повлечь за собой столь значительное ухудшение здоровья. Испытывала тревогу и страх за жизнь. Однако после того как была переведена в общее отделение, стала чувствовать себя удовлетворительно, нивелировалась тревога. При общении с родственниками храбрилась, сообщала, что полностью выздоровела, при этом тайком досконально изучала инструкции ко всем принимаемым препаратам, невзначай расспрашивала других пациентов об их самочувствии и течение кардиологического заболевания, ухудшении. После выписки лишь непродолжительное время принимала назначенную терапию, и через 2 месяца периодически стала пропускать прием препаратов, измеряла артериальное давление лишь при напоминании сына по телефону. Продолжала вести активный образ жизни, не ограничивая себя ни в физических нагрузках, ни в питании. Несмотря на разъяснительные беседы, у специалистов не наблюдалась.

В 70 лет впервые стала отмечать перебои в работе сердца, во время которых испытывала беспокойство, прокручивала тревожные мысли о возможном серьезном заболевании, возникали образные представления о вынужденном изменении образа жизни, ограничениях. Старалась отвлекаться, переключать внимание на бытовые дела, общение с родственниками, друзьями. И лишь спустя несколько месяцев по настоянию сына обратилась за специализированной

помощью, была диагностирована фибрилляция предсердий. По-прежнему следовала рекомендациям только непродолжительное время.

В связи с несоблюдением рекомендаций состояние постепенно ухудшалось: появились тупые, ноющие боли за грудиной при умеренной физической активности. При усугублении состояния в течение дня возникала персистирующая тревога о здоровье, беспокойность о будущем в связи с ухудшением самочувствия. Нарушился сон по типу трудностей засыпания из-за наплывов мыслей об отягощенной наследственности по сердечно-сосудистой патологии, вспоминала, что родители умерли в результате кардиологического заболевания, испытывала страх смерти, боялась не проснуться утром. При этом старалась дистанцироваться от проблемы, скрывала свое состояние от родственников и друзей. Избегала любой информации, связанной с кардиологической патологией. Так, переключала телевизор, если видела передачи про здоровье, меняла тему во время общения, если разговор был о заболеваниях, связанных с сердцем.

Обратилась за медицинской помощью только спустя несколько месяцев, было рекомендовано чрескожное коронарное вмешательство, стентирование. Несмотря на тревогу, на приеме храбрилась, отрицая для себя значимость заболевания. Полностью полагалась на врачей, демонстрировала нарочитую уверенность в благополучном исходе. После выписки из стационара чувствовала себя удовлетворительно, прошла тревога, нормализовался ночной сон.

Через 4 месяца состояние вновь ухудшилось. Постепенно нарастала физическая слабость, быстрая истощаемость, уже с утра при пробуждении чувствовала себя уставшей. Несмотря на выраженную быструю утомляемость, преодолевая симптомы соматического неблагополучия, по-прежнему вела домашнее хозяйство, занималась садом на даче, однако в более размеренном темпе, вынужденно делая перерывы на отдых. Клишированно откладывала обращение за специализированной помощью, в связи с чем состояние усугублялось: появилась одышка, стали возникать отеки нижних конечностей. Появилась персистирующая тревога за здоровье, страх инвалидности. При

усилении одышки пугалась, что может задохнуться. Вновь нарушился сон по типу ранней инсомнии с наплывом образных представлений о вынужденных ограничениях, боязнью возможной необходимости проведения повторной операции. В итоге только через месяц записалась амбулаторно к кардиологу, была госпитализирована. Состояние расценено как декомпенсация ХСН. Стационарным лечением не тяготилась. Нивелировалась тревога, была убеждена в благополучном исходе, делегировав заботу о здоровье врачам. Активно общалась с пациентами, приободряла их, рассказывала планы на будущее. После выписки из стационара паттерн поведения сохранился: следовала рекомендациям лишь непродолжительное время.

Настоящее ухудшение отмечается в течение 2-х месяцев, когда вновь стала нарастать одышка при минимальной физической нагрузке, усилилась слабость, истощаемость. Амбулаторно обратилась за медицинской помощью, госпитализирована в кардиологическое отделение УКБ №1 ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

### **Психическое состояние**

На беседу соглашается охотно. Внешне выглядит моложе своего возраста. Одеты аккуратно. Даже находясь на стационарном лечении, пользуется декоративной косметикой, носит бижутерию, на ногтях неброский маникюр. При этом сетует, что выглядит «неподобающим образом, что сын бы не узнал в таком состоянии, в носках без туфель».

Держится уверенно. Сидит в расслабленной позе, жесты активные, размашистые. Мимика выразительная, порой утрированная: то закатывает глаза, то прищуривается, удивляется. Голос модулированный. Речь в ускоренном темпе, порой не договаривает слова, бросает предложения на полуслове, перебивает врача. В беседе доброжелательна, часто смеется. На вопросы отвечает развернуто, часто пускается в воспоминания, рассказывает истории из жизни.

Активных жалоб не высказывает. Сообщает, что настроение всегда слегка приподнятое. Утверждает, что имеет склонность «забывать» неприятные события, фиксируется на приятных моментах. Верит в крепость организма, с радостью

рассказывает, что сегодня поднялась на 4-ый этаж без одышки, и уже «не помнит свое состояние при поступлении».

При этом со слов родственников стала более медлительной, привычную деятельность выполняет в размеренном темпе с частыми перерывами на отдых.

В отношении здоровья занимает двойственную позицию: с одной стороны, с бравадой демонстрирует отсутствие беспокойства и тревоги, постулирует отсутствие страха смерти, с другой стороны – в периоды декомпенсации состояния возникают беспокойные мысли, образные представления об ухудшении состояния, вынужденных ограничениях, инвалидизации, сопровождаемые ощущением «кома в горле», слабостью в ногах, «будто ватные». При возникновении острых приступов одышки звонит друзьям и переключает внимание, отвлекаясь на приятную беседу. При возникновении повышенной физической слабости, повышенной утомляемости делает длительные перерывы на отдых, погружаясь в чтение незамысловатой художественной литературы. Также отмечает, что в больнице под присмотром специалистов чувствует себя спокойнее, увереннее, нивелируется тревога.

В отделении активна, общительна.

Отмечает эпизодически возникающие трудности при засыпании. Однако не считая расстройства сна проблемой, врачам не рассказывает об этом. В такие бессонные ночи, чтобы не думать о здоровье, переключает внимание, размышляет о планируемых, намеченных бытовых делах.

Настроение ровное. Аппетит достаточный. Суицидальные мысли отрицает.

### **Результаты психометрического обследования**

Анализ характерологических особенностей в соответствии с результатами применения Пятифакторного личностного опросника свидетельствует о доминировании таких черт, как «экстраверсия» (62 балла), проявляющаяся активностью, общительностью, доминированием и поиском новых впечатлений, «привязанность» (57 баллов), реализующаяся доверчивостью, эмоциональной теплотой, «импульсивность» (31 балл) в виде беспечности и безответственности, а также «экспрессивность» (64 балла), проявляющаяся любознательностью и любопытством.

По результатам Шкалы депрессии Бека депрессивная симптоматика не выявляется (5 баллов). По Краткому опроснику тревоги о здоровье по всем субшкалам также определяются низкие значения, что свидетельствует об отсутствии «тревоги о здоровье» (5 баллов), «страха» (4 балла) и «бдительности к телесным ощущениям» (4 балла).

При анализе качества жизни обращает на себя внимание расхождение между объективной тяжестью соматического состояния и субъективной оценкой по результатам применения Миннесотского опросника качества жизни больных с ХСН, показавшим умеренное ограничение физических нагрузок (32 балла).

Также, несмотря на тяжелое состояние, обусловленное декомпенсацией ХСН, по результату применения Субъективной шкалы оценки астении у пациентки не наблюдалась выраженная астеническая симптоматика (средний суммарный балл – 42; общая астения – 12 баллов; пониженная активность – 10 баллов; снижение мотивации – 4 балла; физическая астения – 11 баллов; психическая астения – 5 баллов).

Результат использования теста Мориски-Грина указал на низкую приверженность лечению (2 балла).

### **Соматическое состояние**

При поступлении состояние средней тяжести. Сознание ясное, правильно во времени, месте и собственной личности. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. В неврологическом статусе без острой очаговой симптоматики. В легких при аускультации дыхание везикулярное с жестким оттенком, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Частота дыхания – 18 в 1 мин. SpO<sub>2</sub> – 95-97%. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Артериальное давление – 130/70 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 78/мин.

### **Результаты лабораторно-инструментальных исследований**

**Клинический анализ крови:** HGB 12,0 г/дл, RBC 4,8x10<sup>6</sup>/мкл, HCT 39%, MCV 76,8 фл, MCH 25,6 пг, MCHC 30,3 г/дл, PLT 254\*10<sup>3</sup>/мкл, WBC 7,5x10<sup>3</sup>/мкл,

нейтрофилы 64%, лимфоциты 30%, моноциты 4%, эозинофилы 1%, базофилы 1%, плазматические клетки 0%, СОЭ 8 мм/ч.

**Биохимический анализ крови:** общий белок 70,2 г/л, креатинин 79,8 мкмоль/л, глюкоза 10,3 ммоль/л, мочевая кислота 304 мкмоль/л, общий билирубин 23,7 мкмоль/л, билирубин прямой 6,1 мкмоль/л, АСТ 25 ед/л, АЛТ 24 ед/л, ГГТ 27 ед/л, щелочная фосфатаза 258 ед/л.

**Иммунологический анализ:** HBs Ag, HCV, КСР на сифилис отрицательны. Антитела к ВИЧ не выявлены.

**Гормональное исследование (сыворотка):** ТТГ 2,3 мкМЕ/мл.

**Клинический анализ мочи:** уд. вес 1012, рН 5, белок – нет, сахар – нет, бактерии – незначительно, ацетона нет, желчные пигменты – отриц, уробилин – нет, кетоновые тела – обнаружены, эпителий плоский – незначительное к-во, лейкоциты 50-60, эритроциты – нет, соли нет, слизь – незначительное к-во, бактерии – нет.

**Электрокардиограмма (ЭКГ):** Ритм фибрилляций предсердий с ЧЖС 79 ударов в мин. ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка, депрессия сегмента ST в I, II, aVL, V4-V6, элевация сегмента ST в aVR.

**Эхокардиография с доплеровским анализом:** Дилатация обоих предсердий. Дегенеративные изменения фиброзного кольца и створок аортального клапана, фиброзного кольца и задней створки митрального клапана. Стеноз аортального клапана ближе к тяжелому. Аортальная и трикуспидальная регургитация 1-2 степени. Митральная и легочная регургитация 1 степени. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Глобальная и локальная сократимость левого желудочка не нарушены (ФВ ЛЖ – 69%). Выраженная диастолическая дисфункция левого желудочка. Среднетяжелая легочная гипертензия. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.

**Рентгенография грудной клетки:** Венозное полнокровие. Рентгенологическая картина без видимых свежих очаговых и инфильтративных теней.

**Консультация офтальмолога:** Ангиопатия сетчатки обоих глаз. Миопия слабой степени. Смешанный астигматизм слабой степени.

**Неврологический статус:** Сознание ясное, ориентирована правильно. Чувствительность на лице сохранена. Точки выхода тройничного нерва безболезненны. Менингеальных знаков, нет. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны, D = S. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены. Мышечный тонус в норме. Сухожильные рефлексы живые, D = S. Чувствительность сохранена. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет удовлетворительно.

**Заключение невролога:** Данных за очаговую неврологическую патологию не выявлено. Дорсопатия. Нарушения статики позвоночника. Сколиоз. Мышечно-тонический синдром.

**Заключение кардиолога:** Пациентка с гипертонической болезнью, стенозом устья аорты тяжелой степени госпитализирована в клинику кардиологии в связи с декомпенсацией ХСН, жалобами на одышку при небольших физических нагрузках (ходьба 40-50 м), приступы одышки по ночам. На ЭКГ при поступлении фибрилляция предсердий с ЧСС 79/мин, ЭОС отклонена влево, ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка, депрессия сегмента ST в I, II, aVL, V4-V6, элевация сегмента ST в aVR. По результатам ЭХО-КГ ФВ ЛЖ 68%, дилатация обоих предсердий, дегенеративные изменения фиброзного кольца аортального клапана, фиброзного кольца и задней створки митрального клапана, стеноз аортального клапана ближе к тяжелому, аортальная и трикуспидальная регургитация 1-2 степени, митральная и легочная регургитация 1 степени, гипертрофия миокарда левого желудочка, выраженная диастолическая дисфункция левого желудочка, среднетяжелая легочная гипертензия, небольшое количество жидкости в полости перикарда, глобальная сократимость левого желудочка не нарушена. В анализах крови обращает внимание повышение уровня билирубина общего 22,7 ммоль/л, билирубина прямого 6,2 ммоль/л, глюкозы до 11,3 ммоль/л. В анализах мочи обращает внимание значительное количество бактерий, лейкоцитурия, анализах крови креатинин 81,8 ммоль/л, что соответствует СКФ = 59,2 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, ХБП С3а. Проводится диуретическая терапия.

**Клинический диагноз:** Хроническая сердечная недостаточность, 2Б, III ФК по NYHA, декомпенсация. ИБС: атеросклероз коронарных артерий (ЧКВ и стентирование ПКА от 04.03.2019). Дегенеративный порок сердца: стеноз устья аорты средней степени тяжести, стеноз митрального клапана легкой степени тяжести. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, 4 риск ССО. Нарушение ритма сердца: постоянная форма фибрилляции предсердий, риск ТЭО по шкале CHA2DS2-VASc 7 баллов. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1 < 7%. Хроническая болезнь почек С3а.

**Лечение:** В стационаре было проведено комплексное лечение ХСН: фуросемид 40 мг внутривенно, струйно, валсартан 240 мг/сут, амлодипин 10 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут. После купирования явлений сердечной недостаточности фуросемид заменен на диувер 10 мг/сут, к терапии добавлен форсига 10 мг/сут. Выписана в удовлетворительном состоянии на следующей терапии: валсартан 240 мг/сут, бисопролол 5 мг/сут, амлодипин 10 мг/сут, торасемид 10 мг/сут, форсига 10 мг/сут, ксарелто 15 мг/сут.

**Клинический разбор:** Состояние пациентки определяется диссоциативной реакцией по типу compartment, сформировавшейся на возникновение и развитие ХСН и реализующейся «двойным синдромом»: на первый план выходит истерическая диссоциация в виде «прекрасного равнодушия» [14], за фасадом которой определяется тревожная симптоматика с явлениями соматизации.

Диссоциация, как и в других случаях данной группы, проявляется нарочитым отрицанием беспокойства по поводу соматического здоровья, сочетающимся с интерпретацией ХСН как временного заболевания. Наблюдается уверенность в собственных непоколебимых ресурсах организма, активное планирование деятельности без учета наличия неизлечимой кардиологической патологии. При этом периоды декомпенсации ХСН, проявляющиеся тягостными и пугающими симптомами (одышка, ощущение нехватки воздуха, быстрая истощаемость и т.д.), быстро «забываются».

Тревожная симптоматика определяется в периоды декомпенсации ХСН в виде персистирующих беспокойных мыслей и образных представлений

возможного ухудшения состояния и неминуемой инвалидизации, сочетающихся с инсомническими нарушениями. Однако тревога и страх о здоровье вытесняется посредством доминирования диссоциации в виде отвлечения, переключения внимания.

Также в структуре диссоциации по типу compartment на фоне ухудшения кардиологического состояния у больной наблюдается конверсионная симптоматика в виде возникновения ощущения «кома в горле», «ног, будто ватных» и др.

Важно отметить, что предположение о неосведомленности пациентки может быть отвергнуто на основании неоднократных госпитализаций и проведения разъяснительных бесед об этиологии ХСН и необходимости соблюдения рекомендаций.

Результаты использования Шкалы депрессии Бека подтверждают отсутствие депрессивной симптоматики (5 баллов). По Краткому опроснику тревоги о здоровье определяются низкие показатели по всем субшкалам («тревога о здоровье», «страх» и «бдительность к телесным ощущениям» – 5, 4, 4 баллов соответственно), что обусловлено доминированием диссоциативной симптоматики в виде бравады и наигранного беспечного отношения к здоровью и верификацией тревоги только при использовании развернутого клинического интервью.

Двойственная позиция пациентки в отношении здоровья ассоциировалась с недостаточной приверженностью лечению. Ввиду тревожной симптоматики при декомпенсациях ХСН, будучи госпитализированной и впечатленной тяжелым состоянием других пациентов с кардиологическими заболеваниями, больная после выписки следовала назначенным рекомендациям: вовремя принимала кардиотропную терапию, вела дневник с измерением артериального давления, следила за питанием. Однако спустя несколько месяцев тревога и страх о здоровье полностью отходили на второй план, и наблюдалась диссоциация в виде беспечного отношения к хроническому кардиологическому заболеванию. При очередном ухудшении отмечалось откладывание обращения за специализированной медицинской помощью, избегание любой информации, связанной с кардиологической патологией.

Результаты применения Шкалы Мориски-Грина также подтверждают низкую приверженность лечению (2 балла). А недооценка тяжести состояния, последствий ХСН определялась и при использовании Миннесотского опросника качества жизни у больных ХСН, свидетельствующего о субъективно умеренных ограничениях (32 балла) при верификации декомпенсации ХСН.

Диссоциативная реакция по типу compartment манифестирует у личности с истерической акцентуацией. В пользу такой квалификации свидетельствует доминирование личностных черт, таких как впечатлительность, капризность, общительность, формирование поверхностных отношений, стремление быть в центре внимания, выставить себя в выгодном свете.

В пользу того, что в структуре личности у пациентки превалирует истерический радикал, свидетельствует и результат использования Пятифакторного личностного опросника, показавший доминирование таких черт как «экстраверсия» (62 балла), «импульсивность» (31 балл) и «экспрессивность» (64 балла), сочетание которых характерно для истерической конституции.

Следует отметить склонность к формированию диссоциативной симптоматики на протяжении жизни в ответ на жизненные трудности, что характерно для лиц с истерической акцентуацией.

Типичное проявление беспечности и поверхностности у пациентки с истерической акцентуацией проявлялось и в поведении в болезни. Патологическое принятие желаемого за действительное воплощалось в недооценки тяжести состояния, последствий ХСН и уверенности в благополучном исходе при отсутствии признания собственной ответственности за здоровье и действий, направленных на его поддержание. При этом наличие эмоциональности и впечатлительности определяло развитие тревожной симптоматики в структуре диссоциативного расстройства в периоды декомпенсации ХСН.

**Психофармакотерапия:** Для медикаментозной терапии был выбран препарат алимемазин в дозе 2,5 мг/сут, обладающий противотревожным действием, а также седативным эффектом, способствующим нормализации ночного сна. Данные литературы свидетельствуют об эффективности и

безопасности применения алимемазина для коррекции тревожной симптоматики у кардиологических пациентов [1, 45].

К 7 дню лечения в стационаре был отмечен ответ на терапию в виде редукции тревоги, нормализации ночного сна, что соотносилось со снижением баллов по субшкалам Краткого опросника тревоги о здоровье («тревога о здоровье» с 5 до 2 баллов, «страх» с 4 до 2 баллов).

**Психотерапия:** Проведено 8 терапевтических сессий с частотой 1 раз в неделю в подходе когнитивно-поведенческой терапии. Первые 2 сессии представляли собой **психообразование**, включавшее:

1. Формирование правильного понимания ХСН как хронического кардиологического заболевания, требующего постоянного контроля.
2. Развитие надлежащего внимания к телесной сфере с формированием адекватного образа тела.
3. Разъяснение в безоговорочной форме негативных последствий ХСН при несоблюдении рекомендаций.
4. Формирование понимания возможных побочных эффектов кардиотропных препаратов, их неопасности и пояснение правильных действий при их возникновении.
5. Принятие ответственности за собственное здоровье.

Последующие 6 сессий являлись непосредственно терапевтическими, направленными на формирование осознанности и осведомленности в сфере физических ощущений («body scan»), развитие эффективной стратегии эмоциональной регуляции (обозначение тревожной симптоматики, выявление взаимосвязи между тревогой, убеждениями и неэффективными копинг-стратегиями, идентификация и отработка более продуктивных копинг-стратегий), обучение техникам релаксации.

К 8 сессии у пациентки сформировалось более адаптивное восприятие наличия у себя хронической кардиологической патологии и необходимости привнесения соответствующих изменений в привычный образ жизни, что соотносилось с увеличением балла по субшкале «бдительность к телесным

сенсациям» Краткого опросника о здоровье с 4 до 8 баллов, а также увеличение балла в результате использования теста Мориски-Грина с 2 до 3 баллов.

**Диссоциативная реакция по типу *detachment*** (27 наблюдений, 14 мужчин, 13 женщин, средний возраст  $61,30 \pm 12,8$ ). Представленный тип диссоциации характеризовался 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.

Важно отметить, что по сравнению с *compartment*-диссоциацией у пациентов *detachment*-диссоциацией не верифицировалась тревожная симптоматика даже при ухудшении соматического состояния.

Так, на протяжении течения ХСН даже при неоднократных декомпенсациях у больных не наблюдались тревожные опасения за здоровье, страх последствий кардиологической патологии. Пациенты, лишённые полноценной двигательной активности, а часть больных (8 наблюдений, 29,6%) даже будучи в инвалидном кресле в силу выраженной одышки, отеков вплоть до асцита, сохраняли непреклонную уверенность в возможность возвращения к доболезненному образу жизни. Если больные с диссоциацией по типу *compartment*, несмотря на внешнюю браваду, испытывали тревогу и страх ухудшения состояния и возможной инвалидизации, то пациенты *detachment*-диссоциацией, напротив, характеризовались равнодушным и безэмоциональным восприятием инвалидизирующих симптомов ХСН, интерпретируемых как временные и преходящие и приписываемых переутомлению, возрастным изменениям. Таким образом, больные отмечали отсутствие серьезной проблемы со здоровьем, что в ранних работах описывалось как «избирательная слепота восприятия к неприятным фактам» [188].

Несмотря на то, что пациенты с *detachment*-диссоциацией характеризовались более тяжелым кардиологическим состоянием по сравнению с больными с *compartment*-диссоциацией, что будет показано ниже, отрицание значимого соматического неблагополучия, в частности проявлений астенического

симптокомплекса, характерного для ХСН высоких ФК, прослеживалось и по результатам использования Субъективной шкалы оценки астении (средний суммарный балл –  $36 \pm 3,1$  и  $47 \pm 5,2$ , соответственно).

В 7 наблюдениях (25,9%) даже при направлении пациентов на консультацию по поводу проведения жизнеугрожающей операции трансплантации сердца не отмечались тревога и страх за жизнь. Больные по-прежнему активно строили планы на будущее, не сомневаясь в благополучном исходе ХСН.

Анализ психометрического обследования также подтвердил различие клинико-психопатологической структуры двух типов диссоциации относительно тревожной симптоматики при сопоставлении compartment и detachment. Так, по Краткому опроснику тревоги о здоровье, субшкале «тревога о здоровье» и «страх негативных последствий» средний балл в когорте пациентов с compartment-диссоциацией составил  $3,98 \pm 2,14$  и  $4,48 \pm 2,44$ , соответственно, тогда как в группе больных с диссоциацией по типу detachment –  $1,56 \pm 1,58$  и  $2,15 \pm 1,73$ , соответственно ( $p < 0,05$ ).

Анализируя аффективную симптоматику, важно отметить, что в преобладающем количестве наблюдений отмечался ровный фон настроения, однако для 8 пациентов (29,6%) была характерна гипертимия.

По Шкале депрессии Бека определялись низкие показатели (когнитивно-аффективная, соматическая субшкала, общий суммарный балл –  $1,2 \pm 2,0$ ,  $2,2 \pm 1,4$  и  $3,2 \pm 2,5$  соответственно), свидетельствующие об отсутствии депрессивной симптоматики.

Важно отметить особенности клинико-психопатологической картины диссоциативных расстройств при ХСН, отличающиеся при других соматических патологиях. Так, описанная выше традиционная концепция диссоциативных расстройств, экстраполированная на онкологические заболевания [30] и детализировано описанная при данной патологии, различается с ХСН. Если клинико-психопатологическая картина compartment-диссоциации была сопоставима между ХСН и онкологическими заболеваниями, то при detachment-

диссоциации были определены характерные особенности. В онкологической практике диссоциация по типу *detachment* рассматривается как абберантная ипохондрия, проявляющаяся отрицанием непосредственно наличия заболевания, сочетающаяся с кататимно заряженными идеями абсолютного здоровья, тогда как при ХСН не отмечается полное отрицание верификации кардиологической патологии, а только тяжести и последствий ХСН, что, по-видимому, может обуславливаться клиническими особенностями течения ХСН в виде в преобладающем количестве случаев длительного и медленного формирования и развития вследствие уже существующего сердечно-сосудистого заболевания.

При анализе личностных особенностей определено формирование диссоциации по типу *compartment* преимущественно у лиц с гипертимной (36,7%) и истерической (18,4%) акцентуациями, тогда как *detachment* диссоциации накапливались среди пациентов с шизоидной акцентуацией (66,7%). Такие личностные особенности, определяющие шизоидную акцентуацию, как отгороженность от окружающих событий, а также собственное представление о функционировании организма, квалифицируемое как «телесный аутизм» [23, 46], соотносились с реакцией отрицания существования жизнеугрожающей патологии без проявлений симптомов тревоги.

Особенности двух типов диссоциативных реакций, обусловленные различием клинико-психопатологической картины и конституциональных характеристик, соотносились с разным кардиологическим состоянием пациентов, а также детерминировали поведенческие паттерны в болезни.

Пациенты с разными типами диссоциаций различались по тяжести кардиологического состояния. Так, в группе диссоциации по типу *compartment* накапливались больные среднего и тяжелого состояния, о чем свидетельствует практически равномерно представленные стадии ХСН по Василенко-Стражеско (2А – 29 наблюдений, 59,1%; 2Б – 20 наблюдений, 40,9%), а также преобладание III ФК по NYHA (37 наблюдений, 75,5%). Тогда как *detachment*-диссоциация характерна для более тяжелых пациентов со 2Б стадией по Василенко-Стражеско

(21 наблюдение, 77,8%,  $p < 0,005$ ) с IV ФК по NYHA (18 наблюдений, 66,7%,  $p < 0,005$ ).

Деадаптивное восприятие жизнеугрожающего заболевания и его последствий, недооценка тяжести состояния соотносились с еще более низкой приверженностью лечению ХСН, чем при compartment-диссоциации, что приводило, как следствие, к более частым декомпенсациям и госпитализациям ( $4,1 \pm 1,8$  и  $2,6 \pm 2,3$  в год, соответственно), причем преимущественно экстренным.

Наряду с игнорированием прописанных рекомендаций для больных с диссоциацией по типу detachment было характерно активное вмешательство в назначенную схему лечения в виде тенденций к использованию нетрадиционных методов лечения, что ещё в большей степени могло усугублять состояние. Так, в 4 наблюдениях (14,8%) пациенты активно применяли отвары из трав вместо назначенных кардиотропных препаратов, например, использовали боярышник, березовые листья в качестве мочегонных средств, а не лекарства с доказанной эффективностью.

Больные пренебрегали необходимостью изменения образа жизни, соблюдением рекомендованной диеты даже при декомпенсации ХСН. Так, в 2 наблюдениях (7,4%) больные с detachment-диссоциацией, будучи на стационарном лечении в тяжелом декомпенсированном состоянии, вопреки запретам, нарушая рекомендованный режим, употребляли соленую пищу, скрывая от медицинского персонала и тем самым вводя в заблуждение врачей-кардиологов об эффективности назначенной мочегонной терапии.

Результаты использования Шкалы Мориски-Грина показали низкие баллы (средний балл  $0,5 \pm 1,2$ ), что также подтверждает и психометрическим методом низкую приверженность лечению у больных с диссоциативными реакциями по типу detachment.

При этом следует отметить разницу в поведенческих паттернах между пациентами с compartment и detachment-диссоциацией, а именно в степени выраженности деадаптивного поведения в болезни. Так, для больных с диссоциацией по типу compartment, впечатленных госпитализацией и

пребывающих в тревожном состоянии в отношении течения и прогноза ХСН, характерно хотя бы непродолжительное, но соблюдение рекомендаций после выписки из стационара. По настоянию родственников пациенты периодически посещали консультации врача-кардиолога, а также самостоятельно обращались за специализированной помощью при декомпенсации ХСН, несмотря на откладывание. При этом пациенты с detachment-диссоциацией, полностью лишённые изысканий о причинах соматического неблагополучия, вне зависимости от кардиологического статуса, степени и стадии ХСН игнорировали рекомендации, попадали в поле зрения специалистов в большинстве случаев посредством экстренной госпитализации.

Важно отметить и отрицание пациентами снижения качества жизни, влияние симптомов ХСН на привычный уклад, что расходилось с объективными данными о степени тяжести ХСН. Результаты психометрического обследования показали отсутствие ограничений физической активности у больных с диссоциативными расстройствами по типу detachment посредством использования Миннесотского опросника качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью (средний балл  $25 \pm 1,4$ ). При сопоставлении двух типов диссоциации важно отметить, что 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 ( $p < 0,05$ ). Кроме того, как было указано выше, наблюдалось расхождение между тяжестью ХСН и низкой частотой встречаемости оформленной инвалидности в силу непоколебимой уверенности больных в излечимость ХСН и, как следствие, отказа от социального обеспечения.

Иллюстрацией диссоциативной реакции по типу detachment может служить следующее наблюдение.

## Клиническое наблюдение №2

### Пациент К.В.А., 45 лет

Наследственность психопатологически не отягощена.

Отец. Работал инженером. По характеру был спокойным, малообщительным, отстраненным. Большую часть времени уделял работе, из-за чего нередко возникали конфликты в семейной жизни в виде недовольства и упреков супруги. Страдал от сердечно-сосудистой патологии (артериальная гипертензия, нарушения ритма сердца), при этом за здоровьем не следил, обращался к специалистам только в экстренных случаях. Умер в возрасте 62 лет в результате острой внезапной смерти.

Мать. Работала бухгалтером. Отличалась властным характером, требовательностью, скрупулезностью. Умерла в возрасте 73 лет от онкологического заболевания

Дочь, 16 лет, школьница. Эмоциональная, деятельная, упрямая, склонная к монотонной деятельности и увлекающаяся картографией, планирует обучение по данному направлению в ВУЗе.

Пациент родился от нормально протекавшей беременности. Раннее развитие без особенностей. Рос крепким, здоровым. Спортом не увлекался, лишь в юные годы играл в настольный теннис. При этом дух соперничества был чужд, был безразличен к выигрышу.

По характеру отличался избирательной общительностью. На протяжении жизни так и не сформировал дружеские отношения. С одноклассниками, коллегами определял сугубо формальные отношения, был равнодушен к чувствам и переживаниям окружающих.

С 10 лет увлекся радиоэлектроникой, которой самозабвенно занимался на протяжении всей жизни. Стал выписывать радиожурналы, засиживался за паянием. Порой так увлекался, что забывал принимать еду.

В школу пошел с 7 лет. В новом коллективе адаптировался постепенно. Активный интерес к одноклассникам не проявлял, держался обособленно. Учился посредственно, получал в основном «удовлетворительно» и «хорошо».

Стремлений и заинтересованности в школьном обучении не проявлял. В 13 лет самостоятельно нашел школу, где была возможность проходить практику на радиозаводе.

По окончании школы поступил в радиотехническую академию г. Харькова, однако отказался от учебы, решив обучаться в училище по предпочтительной специализации, т.к. в ВУЗ по результатам вступительных экзаменов был зачислен на факультет, несвязанный с радиоэлектроникой. Учеба давалась легко, порой высказывал недовольство преподавателям о недостаточно сложной программе обучения. В дальнейшем поступил в Московский авиационный институт на вечернее отделение, параллельно работал на кафедре. После окончания института трудоустроился инженером на завод. Должностные обязанности выполнял ответственно, скрупулезно. Работу всегда ставил в приоритет. Даже при простудных заболеваниях, игнорируя повышение температуры, отказывался от оформления больничных листов, продолжал трудовую деятельность. При возникновении на работе спорных вопросов с коллегами отличался упрямством, введливостью, напористо отстаивал собственное профессиональное мнение.

В 26 лет познакомился с будущей супругой, влюбившись «с первого взгляда». При этом в отношениях не вовлекался в бытовые дела, не проявлял заботу и внимание к супруге, руководствовался собственными потребностями. Чувствительно воспринимал даже незначительную критику со стороны жены. Когда пациенту было 29 лет, родилась дочь, воспитанием которой не занимался, держался эмоционально отстраненно.

В 35 лет узнал об измене жены и её решении подать на развод. Был недоволен предстоящей необходимостью самостоятельно заботиться о себе, настоятельно упрашивал супругу продолжить отношения, высказывая готовность простить измену. Не понимал, что не устраивало супругу в их совместной жизни. В результате был оформлен развод, в процессе оформления которого подавленности, тревоги не испытывал, однако возникли высыпания на теле по типу волдырей зудящего характера. Не сразу обратился за специализированной помощью, лишь через 4 дня из-за нестерпимого зуда обратился к врачу. Была

диагностирована острая крапивница, которая прошла после курса глюкокортикостероидов и антигистаминных препаратов.

После развода общение с дочерью поддерживал преимущественно по телефону. При этом материально обеспечивал, считая основным своим долгом финансовую поддержку, а не проявление чувств, проведение совместно времени.

В дальнейшем состоял лишь в непродолжительных отношениях. Эмоциональных привязанностей не испытывал, расставался на холоду.

Первые симптомы кардиологической патологии – с 40 лет, когда эпизодически стало повышаться артериальное давление, которое ощущал, как распирающую боль изнутри головы, «будто метеорит взорвется», сопровождаемую нечеткостью зрения, слабостью, повышенной утомляемостью. При этом к специалистам не обращался, гипотензивную терапию не принимал, у врачей не наблюдался. Повышение артериального давления фиксировалось исключительно на работе при обращении в медицинский пункт с жалобами на головную боль и с целью получения обезболивающего препарата. Считал себя полностью соматически здоровым.

В 42 года верифицирован инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка, когда, будучи на работе после очередного конфликта, почувствовал острую за грудинную боль, резкую слабость, чувство жара во всем теле. Была вызвана бригада СМП. Отказывался от госпитализации и лишь после разъяснительной беседы врача об угрозе жизни согласился. Несмотря на urgentное состояние, тревоги и страха за жизнь не отмечал. Находясь на стационарном лечении категорически отказался от проведения коронароангиографии, сравнивая функционирование организма с работой машины и ссылаясь на то, что «неприемлемо вмешиваться в организм посторонними механизмами». Диагноз был выставлен клиническим методом. Будучи в больнице был озабочен лишь вынужденным пропуском работы, настойчиво интересовался у врачей не собственным здоровьем, а возможной датой выписки. В результате настоял на досрочной выписке из стационара, после чего лишь несколько недель принимал назначенную терапию, и спустя время стал

самостоятельно изменять схему, исходя из собственного представления о функционировании организма. Стал искать нетрадиционные методы лечения. Так, например, считал, что протертые свежие овощи укрепят стенки сосудов. Полностью игнорировал рекомендации необходимости наблюдения у врачей-кардиологов.

Настоящее ухудшение отмечается за месяц до госпитализации, когда постепенно стала возникать одышка, нарастали отеки нижних конечностей, возникла повышенная слабость, быстрая физическая утомляемость. При этом не обращал внимание на соматическое неблагополучие. Увеличение веса интерпретировал как результат несбалансированного питания, повышенную слабость расценивал как переутомление на работе. Продолжал работать, несмотря на то, что едва мог передвигаться. Чтобы скрыть от коллег вынужденные физические ограничения стал пользоваться услугами такси. И только после того, как не смог встать с кровати из-за выраженной одышки, отеков, вызвал бригаду СМП. Был экстренно госпитализирован в кардиореанимационное отделение ГКБ №51.

### **Психическое состояние**

На беседу соглашается пассивно. Одет в застиранные штаны и растянутую футболку. Носит бороду. Из-за выраженной одышки перемещается в кабинет на инвалидной кресле-коляске. Движения диспластичные, угловатые. Мимика лица маловыразительная, однообразная. Зрительный контакт не поддерживает. Голос тихий, маломодулированный. Мышление ближе к конкретному. Во время разговора инициативы не проявляет, при этом когда речь заходит о работе, оживляется, в форме монолога с напором рассказывает о трудовых обязанностях, о том, как увлекся радиоэлектроникой. Становится трудноперебиваем. При этом, рассказывая о соматическом здоровье, становится равнодушным, несколько отстраненным, порой раздражается, не понимая вопросов о симптомах заболевания, кардиологическом состоянии, т.к. не считает себя тяжело больным.

Сообщает о кашле, усиливающимся в положении лежа, отеках ног. При этом свое состояние не связывает с кардиологической патологией. Рассказывает,

что кашель возникает из-за «густой слюны, которая нитями свисает в гортани, когда ложится, они спутываются, и возникает кашель». Считает, что в лечении нужно использовать небулайзер, но сетует, что не знает, какие лекарства при этом необходимо использовать. Отеки же объясняет тем, что «любит есть селедку, соленые огурцы». Также указывает на повышенную слабость, быструю утомляемость, которые ассоциирует с «переутомлением на работе».

Высказывается о неэффективности кардиотропных препаратов, предпочитая «укреплять организм» нетрадиционными методами: ест протертую морковь, редьку.

Отрицает тревогу и страх за здоровье. Уверенный в собственных ресурсах организма, даже в стационаре, будучи в тяжелом соматическом состоянии, нарушает рекомендованный режим, вводя в заблуждение врачей об эффективности проводимой терапии. Так, с недовольством рассказывает, что в отделении заведующая «отобрала личные вещи – деликатесы, такие как грудинку, салями». Начинает рассуждать, что если «человек питается любимыми продуктами, то быстрее пойдет на поправку». Категорически не соглашается с необходимостью следить за питанием, придерживаться диеты в связи с массивными отеками и, как следствие, применением диуретической терапии и необходимости строгого контроля водно-солевого баланса.

Несмотря на тяжелое состояние не демонстрирует подавленность, озабоченность здоровьем. Настроение ровное. При этом признает наличие кардиологической патологии, отрицая тяжесть, выраженность симптомов и последствия заболевания. Собственный организм сравнивает с «механизмом, в котором разбирается и чувствует, что нужно». Настроен оптимистично. Активно строит планы на будущее, не признавая необходимость консультации в центре трансплантологии. Ночной сон, аппетит не нарушены. Суицидальные мысли и отрицает. Психотическая симптоматика не выявляется.

### **Результаты психометрического обследования**

При анализе личностных особенностей согласно результатам использования Пятифакторного личностного опросника, обращает на себя внимание превалирование таких черт, как «интроверсия» (22 балла), проявляющаяся

замкнутостью, фиксированностью лишь на собственных переживаниях, порой непониманием поведения окружающих, а также «обособленность» (31 балл), реализующаяся социальным дистанцированием и пренебрежением чувств окружающих.

По шкале депрессии Бека суммарный балл составил 3 балла, что соответствует отсутствию депрессивной симптоматики. При этом балл определялся исключительно по субшкале соматического, а не аффективно-когнитивного компонента депрессии, что может быть обусловлено перекрыванием симптомов ХСН и соматических проявлений аффективной патологии.

Согласно данным, полученным при использовании Краткого опросника о здоровье, у пациента не отмечалась «тревога о здоровье» (2 балла), «страх» (1 балл), а также отсутствовала «бдительность к телесным ощущениям» (0 баллов).

Несмотря на объективные данные, свидетельствующие о тяжелом кардиологическом состоянии, пациент отрицал ограничения в физической активности, на что указывает низкий суммарный балл (12 баллов) при применении Миннесотского опросника качества жизни у больных с ХСН.

Результаты использования Субъективной шкалы оценки астении свидетельствуют об отсутствии проявлений астении по всем составляющим измерениям (средний суммарный балл – 25; общая астения – 7 баллов; пониженная активность – 6 баллов; снижение мотивации – 2 балла; физическая астения – 7 баллов; психическая астения – 3 балла) вопреки объективным данным о тяжелой декомпенсации ХСН.

Применение теста Мориски-Грина для оценки приверженности показал низкую приверженность лечению (1 балл).

### **Соматическое состояние**

При поступлении общее состояние тяжелое. Обращает на себя внимание выраженные отеки нижних конечностей, вплоть до передней брюшной стенки, одышка. Ангинозных жалоб не предъявляет. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Частота дыхания – 20 в 1 мин. SpO<sub>2</sub> –

94%. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. Артериальное давление – 105/60 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 98/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счет асцита. Печень +4 см от края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

### **Результаты лабораторно-инструментальных исследований**

**Клинический анализ крови:** HGB 12,5 г/дл, RBC 4,7x10<sup>6</sup>/мкл, HCT 36,5%, MCV 82,6 фл, MCH 29,2 пг, MCHC 32,8 г/дл, PLT 251\*10<sup>3</sup>/мкл, WBC 7,8x10<sup>3</sup>/мкл, нейтрофилы 66,5%, лимфоциты 29%, моноциты 2%, эозинофилы 0,5%, базофилы 2%, плазматические клетки 0%, СОЭ 10 мм/ч.

**Биохимический анализ крови:** общий белок 71,1 г/л, креатинин 0,9 мг/дл, глюкоза 4,7 ммоль/л, мочевая кислота 281,0 мкмоль/л, общий билирубин 3,4 мкмоль/л, билирубин прямой 0,8 мкмоль/л, АСТ 45 ед/л, АЛТ 61 ед/л, ГГТ 31 ед/л, щелочная фосфатаза 206 ед/л.

**Иммунологический анализ:** HBs Ag, HCV, КСР на сифилис отрицательны. Антитела к ВИЧ не выявлены

**Клинический анализ мочи:** уд. вес 1010, рН 5, белок – нет, сахар – нет, ацетона нет, желчные пигменты – отриц, уробилин – нет, эпителий плоский – незначительное к-во, лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроциты – нет, соли нет, слизь – незначительное к-во, бактерии – нет.

**Электрокардиограмма (ЭКГ):** Ритм синусовый, правильный. ЧСС 98 ударов в мин. Рубцовые изменения передне-перегородочной, верхушечной локализации, диффузные нарушения внутрижелудочковой проводимости, желудочковая экстрасистолия.

**Эхокардиография:** Признаки диффузного гипокинеза (конечно-диастолический объем ЛЖ – 220 мл, фракция выброса ЛЖ – 20%, конечно-систолический объем левого предсердия – 176 мл).

**Ультразвуковое исследование:** умеренный двусторонний гидроторакс (плевральная полость справа – 180 мл, слева – 320 мл). Признаки перегрузки в системе нижней полой вены. Асцит. Незначительная спленомегалия.

**Рентгенография грудной клетки:** рентгенологическая картина без видимых свежих очаговых и инфильтративных теней. Кардиомегалия. Венозное полнокровие. Гидроторакс. Гипостатические изменения в нижних отделах.

**Консультация офтальмолога:** Ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу.

**Неврологический статус:** Сознание ясное, контактен, ориентирован правильно. Чувствительность на лице сохранена. Точки выхода тройничного нерва безболезненны. Менингеальных знаков, нет. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранена. Глазные щели симметричны, D = S. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены. Мышечный тонус в норме. Сухожильные рефлексы живые, D = S. Чувствительность сохранена. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет удовлетворительно.

**Заключение невролога:** Данных за очаговую неврологическую патологию не выявлено. Дорсопатия. Распространенный остеохондроз позвоночника. Грыжа L5. Радикулопатия L4-L5 слева. Умеренно выраженный болевой и мышечно-тонический синдромы.

**Заключение кардиолога:** У пациента с гипертонической болезнью в анамнезе, верифицированным инфарктом миокарда от 2017 года при поступлении отмечались признаки декомпенсации сердечной недостаточности по обоим кругам кровообращения с выраженным отечным синдромом. На эхокардиографии выявлено снижение фракции выброса до 20%, диффузный гипокинез, расширение полостей сердца, повышение давления в системе нижней полой вены; по данным УЗИ плевральных полостей – двусторонний гидроторакс; на УЗИ органов брюшной полости – жидкость в брюшной полости. Так как у пациента в анамнезе был верифицирован инфаркт миокарда, отмечалась выраженная дислипидемия, но в предыдущую госпитализацию коронароангиография не проводилась в связи с отказом пациента, было заподозрено атеросклеротическое поражение коронарного русла с формированием ишемической кардиомиопатии. После получения согласия пациента на вмешательство была проведена коронароангиография, на

которой выявлено тяжелое многососудистое поражение коронарного русла. Стентирование не проводилось ввиду неперспективности. Пациент консультирован кардиохирургом, от хирургической реваскуляризации миокарда решено было воздержаться, пациенту рекомендована трансплантация сердца.

**Клинический диагноз:** Хроническая сердечная недостаточность, 2Б, IV ФК по NYHA, декомпенсация. Двусторонний гидроторакс. Асцит. ИБС: ишемическая кардиомиопатия. Многососудистое поражение коронарного русла. Постинфарктный кардиосклероз от 2017 года передние-перегородочной, верхушечной локализации. Гипертоническая болезнь 3 стадии, 2 степени, риск ССО очень высокий

**Лечение:** В стационаре проводилась диуретическая терапия на фоне кардиотонической поддержки с положительным эффектом – суммарно гидробаланс за время госпитализации – 19 л, коррекция электролитных нарушений. После стабилизации состояния и купирования явлений декомпенсации ХСН проводился подбор терапии хронической сердечной недостаточности. Пациент поставлен в лист ожидания на пересадку сердца, выписан из стационара на амбулаторный этап в удовлетворительном состоянии с терапией: юпериио 50 мг/сут, карведилол 13 мг/сут (с последующей титрацией дозировок препаратов до максимально переносимых), верошпирон 50 мг/сут, фуросемид 40 мг/сут, розувастатин 20 мг/сут, ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут.

**Направлен** на решение вопроса о трансплантации сердца.

### **Клинический разбор**

Состояние больного определяется диссоциативной нозогенной реакцией по типу *detachment*. Квалификация базируется на данных о манифестации диссоциативной симптоматики в ответ на возникновение кардиологической патологии, начиная от возникновения первых симптомов в виде повышения артериального давления до развития осложнения в виде ХСН, отрицании обеспокоенности в ответ на диагностированное жизнеугрожающее заболевание, а также формирование соответствующих дезадаптивных поведенческих паттернов.

О диссоциативном расстройстве по типу *detachment* свидетельствует элиминация из сознания пациента объективных данных о тяжести и возможных

неблагоприятных исходах кардиологического заболевания с высоким риском летальности. Искаженное восприятие симптомов ХСН сопоставимо с диссоциативной реакцией при онкологических заболеваниях [29]. При этом важно отметить, что, если пациенты с онкологической патологией характеризуются в том числе и полным отчуждением мыслей о наличии заболевания, то при ХСН, в продемонстрированном клиническом случае, пациент осознает существование диагноза, но при этом полностью игнорирует тяжесть и последствия ХСН.

В пользу квалификации обсуждаемого расстройства как detachment-диссоциации свидетельствует и отсутствие признаков нозогенного стресса в виде тревожной симптоматики, не выявляемой ни клинико-психопатологическим, ни психометрическим методами. Наблюдается расхождение между тяжестью соматического состояния и парадоксальным эмоциональным откликом на нозогенный стресс в виде полного равнодушия и незаинтересованности. Описанную эмоциональную анестезию можно сопоставить с расстройствами самосознания в рамках деперсонализационных/дереализационных нарушений [233].

Данные психометрического обследования в виде низких баллов при использовании Шкалы депрессии Бека (3 балла) и Краткого опросника тревоги («тревога о здоровье», «страх», «бдительность к телесным ощущениям» 2, 1, 0 баллов соответственно) также подтверждают отсутствие тревожной и аффективной симптоматики.

Кроме того, расхождение между объективными данными о соматическом состоянии и искаженным восприятием ХСН пациентом подтверждается и результатами Миннесотского опросника качества жизни больных с ХСН (12 баллов), свидетельствующими о ярком противоречии в виде отрицания больным физических ограничений, накладываемых инвалидизирующими симптомами ХСН 2Б стадией и IV ФК по NYHA.

Также следует подчеркнуть, даже несмотря на то, что больной лишен полноценной двигательной активности, перемещается в инвалидном кресле-каталке, отмечается субъективное отрицание проявлений астении, о чем

свидетельствуют результаты применения Субъективной шкалы оценки астении. Пациент парадоксально воспринимает себя активным и деятельным.

Безэмоциональное восприятие опасного для жизни кардиологического заболевания обуславливает и формирование дезадаптивного паттерна поведения. Пациент игнорирует рекомендации о необходимости соблюдения диеты, самостоятельно вмешивается в схему лечения, избегает посещение консультаций врача-кардиолога. Даже будучи на стационарном лечении скрывает свое питание, употребляя соленую пищу, тем самым дезинформируя лечащего врача и вызывая непонимание причин недостаточной эффективности проводимой диуретической терапии. При этом важно отметить проводимую разъяснительную беседу с больным о ХСН, необходимости модификации жизненных привычек, возможных исходах и рисках сердечно-сосудистой патологии. Низкий уровень приверженности терапии подтверждался и при использовании теста Мориски-Грина (1 балл).

Анализируя личностные особенности, обращают на себя внимание в первую очередь явления социальной отгороженности, а также сочетание чрезмерной чувствительности в отношении собственных интересов и эмоциональной холодности к окружающим. Малообщительный, сдержанный, лишенный синтонности пациент обнаруживал трудности при коммуникационном взаимодействии, непонимание поведения и стремлений окружающих, даже супруги, с которой состоял в браке на протяжении 9 лет.

Однонаправленность увлечений в виде радиоэлектроники сопряжена с профессиональной сферой деятельности, проявляющейся по типу «аутистической активности» [177]. Для достижения успехов в области радиоэлектроники, сформировавшегося в рамках сверхценного увлечения, пациент демонстрировал решительность, упорство, отсутствие колебаний при принятии решений.

Таким образом, личностный профиль больного можно характеризовать как шизоидный с экспансивными чертами, что соотносится с результатами использования Пятифакторного личностного опросника, свидетельствующего о доминировании таких черт, как «интроверсия» (22 балла) и «обособленность»

(31 балл). Стабильность характерологической структуры и отсутствие динамики на протяжении жизни позволяют исключить развитие эндогенного процесса.

Личностные особенности больного вносили вклад в формирование искаженного восприятия ХСН. Проявление аутизма с отрывом от реальности, собственное представление о функционировании организма, обозначаемое как «телесный аутизм» [23], ассоциировались с отрицанием опасного состояния и нивелированием из сознания тяжести и последствий ХСН. Основываясь на собственном непоколебимом понимании деятельности организма, пациент соответствующе интерпретировал кардиологические симптомы, иногда вычурным и нелепым образом (кашель ввиду застойных явлений – «из-за густой слюны, которая нитями свисает в гортани, когда ложится, они спутываются, и возникает кашель», отеки – «несоблюдение диеты», снижение толерантности к нагрузкам – «переутомление на работе»). Отмечалось игнорирование доказательной медицины и использование парадоксальных методов, например, вместо приема назначенных кардиотропных препаратов больной употреблял натертые овощи, исходя из соображений об укреплении сосудов. Нарушение телесного самосознания, реализующееся отчуждением проявлений симптомов ХСН, приводило к безразличию к собственному здоровью и усугублению кардиологического состояния.

**Психотерапия:** Пациент от прохождения полного курса психотерапии отказался. За время лечения в стационаре были проведены 2 терапевтические сессии, носящие **психообразовательный** характер с фокусированием внимания на необходимости включения заботы о здоровье, как основного источника социального и личностного функционирования и с формированием понимания неотделимости заботы о здоровье со всеми жизненными аспектами. Таким образом, психообразование включало:

1. Развитие надлежащего внимания к телесной сфере с формированием адекватного образа тела.
2. Разъяснение в безоговорочной форме негативных последствий ХСН при несоблюдении рекомендаций.

3. Выявление индивидуально значимых аспектов жизни (работа, материальная помощь дочери).

4. Убеждение в необходимости лечения для сохранения активности в приоритетных занятиях.

**Тревожные расстройства** (28 наблюдений, 10 мужчин, 18 женщин, ср. возраст  $63,4 \pm 15,2$ ).

Расстройства тревожного спектра более часто наблюдались у женщин (64,3%), чем у мужчин (35,7%). В преобладающем большинстве пациенты состояли в браке (21 наблюдение, 75,0%), не работали, находясь на пенсионном обеспечении по возрасту (21 наблюдение, 75,0%) и вследствие оформленной инвалидности (13 наблюдений, 46,4%) по кардиологическому заболеванию.

Средняя длительность с момента верификации ХСН до включения в исследование составила  $4,1 \pm 4,2$ . В среднем больные госпитализировались в связи с декомпенсацией ХСН  $2,2 \pm 1,4$  раза в год<sup>40</sup>.

Тревожные расстройства в отличие от диссоциативных были характерны как для пациентов с умеренной тяжестью, так и более выраженной, о чем свидетельствует практически равномерное распределение больных относительно ФВ ЛЖ (сниженная – 25%, «промежуточная» – 32,2% и сохраненная – 42,0%), а также верификация в одной трети наблюдений II (8 наблюдений, 28,5%) ФК по NYHA помимо III (17 наблюдений, 60,7%) и IV (3 наблюдения, 10,8%) ФК по NYHA. В преобладающем большинстве (23 наблюдения, 82,1%) больным были рекомендованы терапевтические методы лечения.

В соответствии с критериями МКБ-10 среди расстройств тревожного спектра наиболее часто верифицировались «соматизированное расстройство», F45.0 (10 наблюдений, 35,7%) и «другие реакции на тяжелый стресс» (нозогенная реакция с тревожной симптоматикой), F43.8 (9 наблюдений, 32,2%), реже был установлен диагноз «генерализованное тревожное расстройство», F41.1

---

<sup>40</sup> Представленные показатели расходились при сопоставлении тревожных и диссоциативных расстройств, для которых характерно менее продолжительное течение ХСН с более частыми госпитализациями, что ассоциируется с искаженным восприятием кардиологической патологии в виде преуменьшения тяжести и, как следствие, наблюдалось формирование дезадаптивных поведенческих паттернов, проявляющихся полным игнорированием прописанных рекомендаций.

(6 наблюдений, 21,4%) и лишь в 3 наблюдениях (10,7%) – «паническое расстройство», F41.0. Затяжное, хроническое течение изучаемой кардиологической патологии обуславливало превалирование формирования психических расстройств длительного и непрерывного характера.

Клиническая картина расстройств тревожного спектра сопоставима с современным понятием «heart-related anxiety» («ассоциированная с сердцем тревога»), включающим страх и тревогу о функционировании сердца, фиксацию и отслеживание работы сердца, а также избегание физической нагрузки, которая может способствовать усилению проявлений сердечно-сосудистой патологии [125, 200].

Центральной содержательной характеристикой тревожного симптомокомплекса определялся страх декомпенсации ХСН, который сочетался с уверенностью в скором неблагоприятном исходе, вопреки стабильному и удовлетворительному соматическому состоянию, о котором свидетельствовали результаты проводимых лечебно-диагностических мероприятий. Денотат беспокойных переживаний пациентов различался в зависимости от степени тяжести ХСН. Так, пациенты с более благоприятным кардиологическим статусом, оптимистичным прогнозом и низким ФК по NYHA рассказывали о страхе потери контроля над привычным образом жизни, вынужденного ограничения, невозможности продолжать трудовую деятельность и, как следствие, нежелательного изменения социального статуса, тогда как 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 отмечались и тревожные руминации, денотат которых в превалирующем большинстве наблюдений (14 человек, 70%) также ограничивался кардиологической патологией: размышления о причинах формирования ХСН, продолжительности и качестве жизни с хроническим и неизлечимым заболеванием, возможных методах лечения, эффективности и побочных действиях проводимой терапии. При этом в 6 наблюдениях (21,4%)

отмечалось расширение тематики тревожных переживаний: возникала тревога по поводу привычной деятельности (межличностное взаимодействие, выполнение профессиональных обязанностей и т.д.), беспокойное ожидание предстоящих неприятностей и трудностей в повседневных событиях, что сочеталось с постоянным ощущением выраженной напряженности и волнения с невозможностью расслабиться.

Пациентам данной группы была свойственна interoцептивная фиксация в отношении работы сердечной-сосудистой системы в виде системного самонаблюдения, реализующегося многократным в течение дня изучением кожных покровов на предмет наличия отеков, взвешиванием, постоянным ношением с собой портативного тонометра для измерения артериального давления, частоты сердечных сокращений.

Во всех наблюдениях верифицировались нарушения сна по типу ранней инсомнии, сочетающиеся с тревожными руминациями в отношении здоровья.

Помимо тревоги и страха за здоровье отмечались конверсионные расстройства, проявления которых искаженно интерпретировались пациентами как декомпенсация ХСН. Так, онемение, покалывание и чувство слабости ног воспринимались как недостаточность кровообращения, чувство «кома в горле» больные характеризовали как одышку.

У 3 пациентов (10,7%) верифицировались панические атаки, проявляющиеся амплификацией симптомов ХСН. Атипичные вегетативные пароксизмы реализовывались преимущественно ограниченным набором вегетативных кардионевротических нарушений, а именно учащенным сердцебиением, стеснением за грудиной, чувством удушья, нехватки воздуха, что сочеталось с фобическим компонентом, представленным не только танатофобией, но и страхом с ипохондрическим содержанием – кардиофобией. В результате, отмечались диагностические сложности и трудности оценки эффективности кардиологического лечения и формирование «сложной» когорты пациентов ввиду дублирования симптомов ХСН психопатологической симптоматикой. Клиническая картина панических атак при ХСН сопоставима с

немногочисленными исследованиями, посвященными данной проблематике, что, по-видимому, детерминировано низкой частотой встречаемости пароксизмальной психопатологической симптоматики при сердечно-сосудистых заболеваниях хронического, непрерывного характера течения [189, 200].

В 5 наблюдениях (17,8%) помимо тревожной симптоматики отмечались проявления гипотимии в виде подавленности, слезливости, слабодушия и ангедонии. При этом важно отметить, что ни в одном из случаев не верифицировались симптомы витальности, такие как проявление тоски, типичный циркадиадный ритм, а также идеи виновности, а выраженность гипотимии не достигала критериев аффективных расстройств и не формировался клинически завершённый депрессивный синдром.

Также для пациентов вне зависимости от тяжести кардиологического состояния, как со II, так и с III, IV ФК по NYHA, была характерна выраженная астеническая симптоматика. Больные активно высказывали жалобы на повышенную утомляемость, быструю истощаемость и снижение энергии, о чем свидетельствуют результаты использования Субъективной шкалы оценки астении (средний суммарный балл –  $64 \pm 8,7$ ).

Дименсии, определяющие понятие «heart-related anxiety» («ассоциированная с сердцем тревога») и лежащие в основе клинической картины расстройств тревожного спектра, верифицировались и при психометрическом обследовании. Средние суммарные баллы по результатам использования Краткого опросника о здоровье по субшкалам «тревога», «страх» и «бдительность к телесным ощущениям» составили  $11,6 \pm 4,4$ ,  $6,7 \pm 2,9$  и  $6,1 \pm 2,2$ , соответственно, и определялись как достоверно более высокие показатели при сопоставлении с диссоциативными расстройствами ( $p < 0,05$ ). Низкие показатели по шкале депрессии Бека доказывали принадлежность изучаемых наблюдений к тревожным расстройствам, а не депрессивным. Важно акцентировать внимание на низких значениях именно по когнитивно-аффективной субшкале (средний балл  $4,8 \pm 4,7$ ) в связи с тем, что высокие значения по соматической субшкале могут отражать проявления непосредственно соматической патологии или возрастные изменения.

Личностные особенности, на основе которых формировались расстройства тревожного спектра, представлены преимущественно тревожными (28,6%) и истерическими акцентуациями (28,6%). Типичными характеристиками таких больных являлись повышенная эмоциональность, чрезмерная мнительность, «ожидание» неприятных ситуаций, что отражалось в тревожном восприятии ХСН и искаженной интерпретации физических симптомов болезни. В ряде случаев для пациентов с истерической акцентуацией было специфично манипулирование болезнью, что реализовывалось аггравацией симптомов ХСН и упреками близких в недостаточном проявлении заботы и помощи. Полученные данные согласовывались с результатами психометрического обследования при использовании Пятифакторного личностного опросника, согласно которому у пациентов преобладали такие личностные черты как «привязанность», проявляющаяся отзывчивостью, эмпатичностью и конформизмом, а также «экспрессивность», реализующаяся повышенной эмоциональностью и беззаботностью.

Поведенческие особенности, детерминированные патологической фиксацией в отношении сердца, реализовывались в сравнении с диссоциативными реакциями полярными паттернами в виде «здоровье-сберегающих» мероприятий, целью которых было минимизировать любой возможный риск ухудшения самочувствия. Пациенты, мотивированные стремлением к предупреждению чрезмерных психоэмоциональных и физических нагрузок, увольнялись с работы, настойчиво добивались оформления инвалидности. Вопреки рекомендациям специалистов о необходимости дозированной физической активности в соответствии с ФК по NYHA, пациенты уклонялись от деятельности, ограничивали прогулки, стремились больше времени проводить бездействуя, тем самым усугубляя соматическое состояние. Отмечалось чрезмерное обращение за медицинской помощью, стремление больных находиться под постоянным врачебным контролем. Даже вопреки отсутствию показаний к стационарному лечению пациенты стремились к госпитализации, отмечая уменьшение тревожной

симптоматики, выраженности телесных ощущений, будучи рядом с работниками медицинской сферы.

Больные с расстройствами тревожного спектра так же как с диссоциативными характеризовались низкой приверженностью лечению ( $1,8 \pm 0,7$  и  $0,8 \pm 0,9$  соответственно при использовании шкалы Мориски-Грина), однако причины, лежащие в основе недостаточной приверженности пациентов с полярным спектром расстройств, были отличны. Так, проявление тревожного симптомокомплекса реализовывалось убежденностью пациентов в ухудшении самочувствия, тенденцией к самостоятельной коррекции рекомендованной схемы терапии, особенно на высоте тревоги, больные, уверенные в неэффективности подобранной терапии, увеличивали дозировку кардиотропных препаратов, или, напротив, из-за опасений побочных действий препаратов отказывались принимать лекарства. В ряде случаев пациенты заменяли препараты из рекомендованной схемы на нетрадиционные методы лечения, руководствуясь снижением возможных рисков возникновения нежелательных явлений (вместо применения подобранных оптимальных дозировок мочегонных препаратов использовали настои трав).

Полностью подчиняя привычный образ жизни наличию ХСН, больные отмечали значительное снижение качества жизни. Согласно результатам использования Миннесотского опросника качества жизни больных ХСН средний суммарный балл составил  $59,2 \pm 12,5$  (норма 0-25 баллов), что соответствует выраженным ограничением физических нагрузок, подразумевающим, что пациент чувствует себя комфортно исключительно в состоянии покоя. При этом важно отметить, что практически в одной трети случаев (8 наблюдений, 28,5%) у пациентов верифицирован II ФК по NYHA, не ассоциирующийся с такими значительными физическими ограничениями.

Иллюстрацией тревожного расстройства служит следующее клиническое наблюдение.

### Клиническое наблюдение №3

#### Пациент К.В.И., 64 года

Наследственность психопатологически не отягощена.

Отец. Подробные сведения не предоставлены. Умер в результате несчастного случая, когда пациенту было 4 года

Мать. Работала разнорабочей на чулочной фабрике. По характеру была спокойная, рассудительная, сердобольная. К здоровью относилась халатно. После 40 лет стала отмечать повышение артериального давления, при этом на протяжении долгого времени к специалистам не обращалась. В приоритет ставила заботу о семье, ведение хозяйства. Умерла в возрасте 72 лет от сердечно-сосудистой патологии.

Сын, 38 лет, работает слесарем. Общительный, с легкостью заводит новые знакомства, имеет широкий круг приятелей. Стремясь к похвале, одобрению, в работе старается проявить себя как ответственного и исполнительного сотрудника. В свободное время увлекается ремонтом, тюнингом автомобилей. Официально не женат, состоит в романтических отношениях, детей нет.

Пациент родился от первой беременности в срок. Раннее развитие без особенностей. Рос крепким и здоровым ребенком, болел редко. Отличался энергичностью, подвижностью. Увлекался спортом: играл в футбол, баскетбол. Нравился командный дух, соперничество. Во время игр отличался эмоциональностью, не всегда сдерживал аффект при неудачах и проигрышах, при этом переживания не отличались длительностью.

По характеру формировался общительным. С легкостью заводил новые знакомства, однако отношения формировал поверхностными. В компании приятелей был заводилой, любил быть в центре внимания. В школьном возрасте с приятелями устраивал сценки во дворе, переодевались. Также сочинял стихи, во время написания которых ощущал прилив сил, бодрости. Стремясь привлечь к себе внимание, тяготел к похвале, одобрению.

Коммуникабельный, с легкостью находил «общий язык» с окружающими, в случае необходимости мог подстроиться для достижения собственных целей. На

протяжении жизни ловко и умело находил выгодную и необременительную работу без затраты излишних сил.

В школу пошел по возрасту. Не проявляя особого интереса к обучению, учился посредственно. После окончания школы поступил в техникум, параллельно работал на фабрике.

В 18 лет был призван в армию. Без затруднений адаптировался, был на хорошем счету. Службой не тяготился. Смог устроиться личным водителем командира полка, что не доставляло хлопот. Гордился своей должностью, получал выгоду: первым узнавал всю информацию, был в курсе всех происходящих событий, получал поощрения со стороны вышестоящего руководства.

После демобилизации продолжил работать по профессии водителем.

Женился в 24 года. В избраннице привлекли такие качества, как заботливость, честность. В семейной жизни был на вторых ролях. Расценивал, что удачно женился, полностью делегировав хозяйственные дела супруге и теще. Когда пациенту было 25 лет, родился сын. Активно принимал участие в его воспитании, играл с ним в хоккей, футбол.

На протяжении жизни отличался повышенной впечатлительностью и мнительностью в отношении к здоровью. Так, если у знакомых или родственников диагностировали какую-либо патологию, возникали тревожные опасения, что может заболеть тем же. Когда болел простудными сезонными заболеваниями, даже при минимальных симптомах всегда обращался к врачу, брал больничный.

В 41 год перенес смерть матери. Во время похорон с трудом мог ходить, «подкашивались ноги», ощущал «ком в горле». На протяжении месяца отмечал сниженное настроение, беспокоили ночные кошмары, часто «видел» мать во сне. Стали возникать тревожные опасения, что тоже может умереть из-за сердечно-сосудистой патологии, эпизодически отмечал покалывание в области сердца. Жаловался супруге, после чего несколько успокаивался. Состояние разрешилось самостоятельно.

Первые симптомы кардиологической патологии проявлялись в 45 лет, когда на работе при плановых рейсовых осмотрах отмечалось повышение артериального давления, которое субъективно не ощущал. Был направлен на прохождение медицинского осмотра по месту жительства. Испугался, что могут обнаружить тяжелое заболевание, в результате которого умрёт, как и мать, нарушился сон по типу трудностей засыпания. После разъяснительных бесед с врачом успокоился. Была выписана гипотензивная терапия, которую принимал систематически. Самостоятельно артериальное давление не измерял, так как считал, что достаточно контроля на работе при рейсовых осмотрах.

В возрасте 51 года перенес инфаркт миокарда. Так, вечером без видимых причин возникла тяжелая и выраженная одышка, с трудом мог дышать. Ощущал тревогу, страх за жизнь. Возникали яркие и образные представления неблагоприятного исхода, прокручивал тягостные мысли о неизбежной летальности. Настаивал на постоянном нахождении рядом супруги.

Экстренно госпитализирован бригадой СМП. Находясь на стационарном лечении, отмечал снижение интенсивности выраженности тревоги и страха. Не задавался вопросами лечения, полностью доверив здоровье врачам. Считал, что, если находится под постоянным присмотром, риски неблагоприятного исхода уменьшались. Был впечатлен тяжелым состоянием других пациентов, прокручивал беспокойные мысли о таком же постепенном ухудшении кардиологического состояния, хронификации заболевания и неизбежных регулярных госпитализациях.

После выписки из стационара радикально поменял образ жизни, отношение к здоровью. С тех пор бросил курить, употреблять алкогольные напитки, старался придерживаться диеты, сократил объем порций. Тревожась и боясь ухудшения, стал себя ограничивать. Домашние дела полностью делегировал жене и сыну, не выходил даже на прогулки с собакой. Сам же целыми днями смотрел телевизор, предпочтение отдавая передачам о здоровье. Регулярно наблюдался по месту жительства. Настаивал на госпитализациях с целью «прокапаться» и минимизировать возможные риски ухудшения состояния.

На работе по состоянию здоровья было предложено перевестись на должность мойщика. Проработав месяц, уволился, расценив, что чрезмерные физические нагрузки ухудшат состояние здоровья. И лишь через 2 года устроился на спокойную, необременительную должность в воинскую часть. Был доволен сидячей работой с монотонным функционалом, позволяющей исключить физическую и психоэмоциональную нагрузку. В 59 лет был сокращен. С тех пор не работал.

В 63 года постепенно стала нарастать одышка. Стал вспоминать свое состояние, связанное с перенесенным инфарктом миокарда, когда также ощущал трудности при дыхании. Усилилась тревога о здоровье, вновь возник страх смерти от кардиологической патологии – боялся задохнуться. Прислушивался к состоянию, начал вести дневник, в котором отмечал свое самочувствие. Появились отеки ног, резко снизилась переносимость физических нагрузок. Однако снижение толерантности к нагрузкам заметил не сразу, т.к. привычно сильно ограничивал деятельность. Нарушился сон по типу трудностей засыпания, частых ночных пробуждений. Просыпался со стойкими мыслями о возможном неблагоприятном исходе кардиологического заболевания, страхом задохнуться из-за нарастающей одышки. Был госпитализирован с тяжелой декомпенсацией ХСН.

После стационарного лечения уменьшилась одышка, нивелировались отеки, прекратились приступы сердечной астмы, однако по-прежнему сохранялась одышка при минимальной физической нагрузке, повышенная слабость, истощаемость. Каждый день отмечал в заведенном дневнике свое самочувствие, несколько раз в день проверял кожные покровы на наличие отеков. Если при взвешивании отмечал естественное небольшое увеличение веса, усиливалась тревога, считал, что нарастают отеки. Вопреки рекомендациям мог самостоятельно прибавить дозировку диуретических препаратов. При усилении одышки возникали образные представления о развитии инфаркта миокарда, возникал страх смерти.

В связи с сохраняющимися симптомами госпитализирован в кардиологическое отделение УКБ №1 ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

### **Психическое состояние**

Выглядит на свой возраст. Одет аккуратно, носит крупные очки. Во время беседы суетлив, тревожен, неусидчив, однако в процессе разговора с врачом успокаивается. Мимика лица выразительная. Голос громкий. Речь грамматически стройная, изъясняется порой несколько высокопарно. Временами испытывает трудности в подборе слова, отмечается тавтология. При этом, употребляя некоторые слова, уточняет у врача, известно ли ему значение («требуха», «снуть»). На вопросы конкретно не отвечает, начинает издали, приводит примеры показательных историй, резонерствует. Соскальзывает, однако возвращается к заданной теме. Периодически декларирует стихи. Обладает хорошей памятью: по датам рассказывает о событиях прошлого. Ипохондричен, много и подробно рассказывает о проблемах со здоровьем, не стесняясь, обсуждает физиологические детали (консистенцию стула, процесс опорожнения кишечника).

Жалуется на одышку при минимальной физической нагрузке. Наиболее тягостным в состоянии называет чувство нехватки воздуха, невозможность сделать глубокий вдох.

Беспокоит повышенная утомляемость. Уже при пробуждении ощущает себя вялым, «разбитым», не чувствует себя отдохнувшим. Быстро устает. Даже при минимальной обыденной активности, например, проведении гигиенических процедур, отмечает усиление физической слабости, истощаемости.

Отмечает нервозность, волнение. Беспокоят мысли о здоровье, опасается внезапной смерти, особенно при усугублении одышки («хочется подольше пожить»). Сообщает, что эмоционально более спокойно себя чувствует в стационаре. При этом, будучи крайне фиксирован на соматическом самочувствии, отмечает, что нынешнее состояние такое же, как и при поступлении, не считает, что есть положительная динамика.

Рассказывает, что после перенесенного инфаркта миокарда поменял привычный образ жизни. Боясь ухудшения состояния, полностью исключил алкоголь, бросил курить, придерживается диеты, ведет крайне щадящий образ

жизни: отказался от любой минимальной физической нагрузки вопреки рекомендациям врачей.

В отношении здоровья изучает информацию в Интернете, перед приемом новой терапии читает о механизме действия лекарств, показаниях/противопоказаниях. Каждый день по несколько раз взвешивается, изучает кожные покровы на предмет наличия отеков, измеряет артериальное давление.

Требует повышенного внимания от родственников. Зависим от супруги, во всем ее слушается, называя «мой шлагбаум». При этом одновременно нарочито высказывает обиду, что домочадцы не считаются с его мнением («и меня бы выкинули»).

Настроение характеризует как ровное. Аппетит достаточный. Ночной сон нарушен по типу трудностей засыпания, частых ночных пробуждений в виду наплыва тревожных руминаций по поводу здоровья, прогноза и течения ХСН.

#### **Результаты психометрического обследования**

Результаты применения Пятифакторного личностного опросника свидетельствуют о превалировании у пациента таких личностных черт, как «экстраверсия» (62 балла), проявляющаяся общительностью, стремлением к увеселительным мероприятиям, чувствительностью к поощрениям, «привязанность» (59 баллов), реализующаяся потребностью большую часть времени находиться в социуме, избеганием конфликтных ситуаций, и «экспрессивность» (54 балла), характеризующаяся повышенной эмоциональностью, отсутствием склонности к систематическому труду.

В соответствии с данными, полученными при использовании шкалы депрессии Бека, не было выявлено депрессивной симптоматики. Общий суммарный балл составил 5 баллов.

Согласно данным, полученным при использовании Краткого опросника о здоровье, у пациента наблюдалась выраженная тревожная симптоматика, о чем свидетельствуют высокие баллы по всем субшкалам: «тревога о здоровье» (18 баллов), «страх» (13 баллов), «бдительность к телесным ощущениям» (10 баллов).

Результаты применения Миннесотского опросника качества жизни у больных с ХСН показал значимое снижение качества жизни у пациента, о чем свидетельствует высокий суммарный балл (69 баллов), указывающий на выраженные ограничения физических нагрузок.

По результату использования Субъективной шкалы оценки астении у пациента отмечалась выраженная астеническая симптоматика (средний суммарный балл – 62; общая астения – 15 баллов; пониженная активность – 14 баллов; снижение мотивации – 9 баллов; физическая астения – 16 баллов; психическая астения – 8 баллов).

Применение теста Мориски-Грина для оценки приверженности показал низкую приверженность лечению (2 балла).

### **Соматическое состояние**

Состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на легочной артерии. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 68/мин. Артериальное давление – 120/80 мм рт. ст. живот мягкий, безболезненный при пальпации.

### **Результаты лабораторно-инструментальных исследований**

**Клинический анализ крови:** HGB 12,4 г/дл, RBC 4,3x10<sup>6</sup>/мкл, HCT 37,6%, MCV 79,7 фл, MCH 31,2 пг, MCHC 34,7 г/дл, PLT 249\*10<sup>3</sup>/мкл, WBC 7,5x10<sup>3</sup>/мкл, нейтрофилы 59,0%, лимфоциты 32%, моноциты 7%, эозинофилы 1%, базофилы 1%, плазматические клетки 0%, СОЭ 8 мм/ч.

**Биохимический анализ крови:** общий белок 72,3 г/л, креатинин 231 мкмоль/л, глюкоза 4,2 ммоль/л, мочевая кислота 563,0 мкмоль/л, общий билирубин 18,1 мкмоль/л, билирубин прямой 5,0 мкмоль/л, АСТ 24 ед/л, АЛТ 26 ед/л, щелочная фосфатаза 210 ед/л.

**Иммунологический анализ:** HBs Ag, HCV, КСР на сифилис отрицательны. Антитела к ВИЧ не выявлены.

**Клинический анализ мочи:** уд. вес 1017, рН 6,0, белок – 3% сульфосалициловая кислота, сахар – нет, ацетона нет, желчные пигменты – отриц,

уробилин – нет, эпителий плоский – незначительное к-во, лейкоциты 1-2 в п/зр, эритроциты – нет, соли нет, слизь – незначительное к-во, бактерии – немного, обнаружено: кетоновые тела, уробилиноген +3 (140 мкмоль/л).

**Гормональное исследование (сыворотка):** ТТГ 1 мкМЕ/мл.

**Электрокардиограмма (ЭКГ):** Ритм синусовый. ЧСС 66 ударов в мин. Отклонение ЭОС влево. ГЛЖ с нарушением реполяризации. Без острых очаговых изменений.

**Эхокардиография:** Дилатация левых отделов сердца. Расширение восходящего отдела аорты. Аортальная регургитация 2 степени. Митральная регургитация 1-2 степени. Трикуспидальная регургитация 1 степени. Гипокинез базального и среднего сегментов задней стенки левого желудочка, базально-бокового сегмента левого желудочка. Глобальная сократимость левого желудочка снижена (фракция выброса ЛЖ – 42-44%). Диастолическая дисфункция левого желудочка.

**Рентгенография грудной клетки:** рентгенологическая картина без видимых свежих очаговых и инфильтративных теней.

**Консультация офтальмолога:** Ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу. Миопия высокой степени.

**Неврологический статус:** Сознание ясное, ориентирован. Чувствительность на лице сохранена. Точки выхода тройничного нерва безболезненны. Менингеальных знаков, нет. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны, D = S. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены. Мышечный тонус в норме. Сухожильные рефлексы живые, D = S. Чувствительность сохранена. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчив. Координационные пробы выполняет удовлетворительно.

**Заключение невролога:** Данных за очаговую неврологическую патологию не выявлено. Дорсопатия. Остеохондроз, унко-verteбральный артроз шейного отдела позвоночника. Сколиоз грудного отдела позвоночника.

**Заключение кардиолога:** Пациент с гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, перенесший инфаркт миокарда от 2017 года, госпитализирован в

клинику с умеренной декомпенсацией ХСН. По данным представленной медицинской документации (выписные эпикризы из стационара, ЭХОКГ) у пациента имелась выраженная систолическая дисфункция ЛЖ со снижением фракции выброса ЛЖ до 20%, дилатация всех камер сердца. Отмечались отеки нижних конечностей. С мая 2020 года у больного отмечается высокий уровень креатинина, СКФ около 42 мл/мин/1,73 по СКД-ЕPI с последующим снижением до 30 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (август 2020 года). Получал терапию ИАПФ и верошпироном, выписался с улучшением: отеки прошли, приступы кардиальной астмы прекратились.

По данным ЭХОКГ систолическая функция левого желудочка снижена умеренно, ФВ 42%. Визуализируются зоны гипокинезии задне-базального и задне-среднего сегментов, базально-бокового сегмента, легочной гипертензии нет. Отмечается прогрессирование ХБП (креатинин 243 мкмоль/л) со снижением СКФ до 24 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, гиперкалиемия, в связи с чем в настоящее время верошпирон и ИАПФ противопоказаны.

**Клинический диагноз:** Хроническая сердечная недостаточность, 2Б, III ФК по NYHA, декомпенсация. ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, риск ССО 4. ХБП 4 стадии. ХОБЛ вне обострения.

**Лечение:** Во время стационарного лечения проводилась следующая терапия: бисопролол 5 мг/сут, амлодипин 10 мг/сут, а также диуретическая терапия фуросемид 80 мг/сут с постепенным снижением дозировки. Выписан в удовлетворительном состоянии с рекомендацией приема: бисопролол 5 мг/сут, амлодипин 10 мг/сут, торасемид 10 мг/сут с мониторингом креатинина, мочевины и калия.

### **Клинический разбор**

Состояние определяется тревожно-фобическим синдромом в рамках нозогенной реакции, что соответствует диагнозу «другие реакции на тяжелый стресс (нозогенная реакция с тревожной симптоматикой)» (F43.8) согласно МКБ-10, у личности с тревожно-истерической акцентуацией. В пользу такой квалификации свидетельствует ассоциация формирования тревожной реакции в

связи с развитием кардиологической патологии, а также денотат тревоги, ограничивающийся сердечно-сосудистым заболеванием и связанными с ним последствиям (нозофобии *cum materia*).

Ключевым психопатологическим симптомокомплексом является «ассоциированная с сердцем тревога» (*heart-focused anxiety*) [116, 125]. Тревожная симптоматика ориентирована на сердце и включает в себя тревогу и страх о функционировании сердца, реализующиеся прокручиванием беспокойных мыслей о течение и прогнозе кардиологического заболевания, танатофобией вследствие декомпенсации ХСН, интроцептивную фиксацию в виде ежедневного изучения кожных покровов на предмет отеков, прислушивание к организму с целью отметить малейшее изменение одышки и зафиксировать в специальный дневник.

Весь привычный уклад жизни пациент подчиняет стойким и жестким психоэмоциональным и физическим ограничениям, направленным на предотвращение усугубления кардиологической патологии. Изменение образа жизни затрагивает обыденные привычки: отказывается от курения, алкоголя, придерживается диеты, что ранее было несвойственно. Сначала длительно не выходит на работу, в дальнейшем устраивается на работу, подразумевающую исключение как эмоциональных, так и физических нагрузок.

Клинические проявления тревожной симптоматики подтверждаются и результатами психометрического обследования. Так, согласно данным при использовании Краткого опросника о здоровье у пациента наблюдаются высокие баллы по всем субшкалам, соотносимым с психопатологическим феноменом «ассоциированная с сердцем тревога»: «тревога о здоровье» (18 баллов), «страх» (13 баллов), «бдительность к телесным ощущениям» (10 баллов).

Кроме того, высокие баллы по результатам Миннесотского опросника качества жизни больных ХСН (69 баллов) также свидетельствуют об ограничениях, связанных с симптомами ХСН, и снижением качества жизни.

Негативное влияние тревожной симптоматики на приверженность кардиотропной терапии в виде несоблюдения рекомендаций подтвердила низкая оценка (2 балла) по тесту Мориски-Грина на приверженность.

Анксиозные нарушения проявляются также и инсомническими расстройствами, что свойственно большинству наблюдений с тревожными расстройствами (23 наблюдения, 82,1%).

Психопатологический симптомокомплекс сформировался у тревожно-истерической личности, о чем свидетельствует доминирование таких черт как повышенная эмоциональность, стремление быть в центре внимания, заслужить похвалу и поощрение, легкое формирование новых знакомств, при этом отличающихся поверхностностью, а также желание переложить ответственность и заботу о себе на близких. Повышенная впечатлительность, мнительность и неустойчивость телесного самосознания обуславливает формирование тревожно-фобической симптоматики в качестве реакции на болезнь. Кроме того, на протяжении жизни у больного наблюдаются тревожная мнительность, иррациональные опасения в отношении собственного здоровья (боялся заболеть патологией, диагностированной у знакомых/родственников), стремления к заверениям со стороны родных, врачей в благополучном прогнозе при возникновении соматического неблагополучия. Анализ характерологических особенностей пациента соотносится с данными психометрического обследования, результаты которого свидетельствуют о доминировании у больного следующих личностных дименсий: «экстраверсия», «привязанность», «экспрессивность». Такие личностные характеристики предрасполагают к формированию зависимости от близких, стремления делегировать заботу о собственном здоровье родственникам, что сочетается с манипулированием в виде демонстративности и требований повышенного внимания.

**Психофармакотерапия:** В качестве медикаментозной терапии был выбран препарат сертралин в дозе 50 мг/сут, обладающий противотревожным действием. Данные литературы свидетельствуют об эффективности и безопасности применения СИОЗС у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, среди которых наиболее предпочтительным является сертралин [102].

К 7 дню приема психофармакотерапии наблюдалось частичное улучшение состояния в виде нормализации ночного сна, снижение интенсивности

выраженности тревоги, что соотносилось со снижением баллов по субшкалам Краткого опросника тревоги о здоровье («тревога о здоровье» с 18 до 12 баллов, «страх» с 13 до 9 баллов). При этом сохранялась чрезмерная фиксация на симптомах кардиологического заболевания, утверждения отсутствия положительной динамики в лечении, несмотря на противоречащие этому результаты объективного обследования (баллы по субшкале «бдительность к телесным ощущениям» сохранялись на прежнем уровне – 10 баллов). Было рекомендовано увеличение суточной дозы до 100 мг/сут (50 мг утром, 50 мг днем). Через 4 недели лечения отмечалась положительная динамика в виде редукции тревоги, страха неизбежного ухудшения состояния с формированием адекватного самонаблюдения при сохранении ограничительного поведения, результат по субшкалам Краткого опросника тревоги о здоровье был следующим: «тревога о здоровье» – 6 баллов, «страх» – 4 балла, «бдительность к телесным ощущениям» – 5 баллов.

**Психотерапия:** Проведены 8 терапевтических сессий с частотой 1 раз в неделю в подходе когнитивно-поведенческой терапии. Первые 2 сессии представляли собой **психообразование**, с установлением партнерских взаимоотношений врач-пациент с вовлечением пациента в процесс принятия решений, касающихся тактики терапии и реабилитации. Психотерапевтическое лечение было направлено на:

1. Уменьшение катастрофизации любых телесных симптомов.
2. Снижение интенсивности ипохондрического самонаблюдения.
3. Развитие интереса к видам деятельности, не связанной со здоровьем.
4. Разграничение кардиологических симптомов и телесных ощущений, вызванных психическим состоянием.
5. Коррекция представлений о сердечном заболевании с прицельным выявлением основных неправильных убеждений об утяжелении или расширении симптомов ХСН.
6. Проведение разъяснительной беседы возможных побочных эффектов кардиотропных препаратов, их неопасности и пояснение правильных действий при их возникновении.

7. Формирование установки на поддержание должного уровня работоспособности и представлений об адекватной и не опасной физической нагрузке в соответствии с рекомендациями врача

Кроме того, пациент был обучен техникам релаксации, ориентированным на формирование навыков самостоятельного снижения интенсивности тревоги.

К 8 сессии наблюдалась положительная динамика в виде поведенческой активации, соотносимой с кардиологическим статусом, более редкого избегания привычной бытовой деятельности.

**Депрессивные расстройства (17 наблюдений, 7 мужчин, 10 женщин, ср. возраст  $64,3 \pm 13,5$ )**

В исследуемой группе преобладали пациенты женского пола (мужчины – 7 наблюдений, 41,2%; женщины – 10 наблюдений, 58,8%), что соотносится с данными литературы, свидетельствующими о большей частоте встречаемости депрессивных расстройств у женщин, чем у мужчин [216]. Больные преимущественно состояли в браке (11 наблюдений, 64,7%), не работали, находясь на пенсионном обеспечении (12 наблюдений, 70,6%).

Для пациентов с депрессивными расстройствами было характерно длительное течение ХСН. Так, средняя длительность ХСН с момента верификации до включения в исследование составила  $6,1 \pm 3,2$  лет. Больные проходили стационарное лечение в связи с декомпенсацией ХСН в среднем  $2,3 \pm 1,0$  раза в год.

Депрессии верифицировались преимущественно у пациентов со средней тяжестью, о чем свидетельствуют показатели ФВ ЛЖ и ФК по NYHA. Так, в преобладающем большинстве у пациентов диагностировался III ФК по NYHA (15 наблюдений, 88,2%), и лишь в 2 наблюдениях (11,8%) верифицировался IV ФК по NYHA при абсолютном отсутствии пациентов с более легким течением – II ФК по NYHA. Показатель ФВ ЛЖ распределялся практически равномерно среди пациентов с депрессивными расстройствами с небольшим преобладанием больных со сниженной ФВ ЛЖ (сниженная ФВ ЛЖ – 7 наблюдений, 41,2%, сохраненная и «промежуточная ФВ ЛЖ – по 5 наблюдений, 29,4%).

О тяжести кардиологического состояния свидетельствует и рекомендуемый метод лечения. Терапевтический метод лечения был назначен в преобладающем количестве наблюдений (14 наблюдений, 82,3%), и лишь в 3 случаях (17,7%) требовалось кардиохирургическое вмешательство.

Согласно критериям МКБ-10 практически в половине случаев верифицировался диагноз «органические расстройства настроения» (F06.3) – 8 наблюдений, 47,0%, реже были установлены диагнозы «продолжительная депрессивная реакция» (F43.21) – 4 наблюдения, 23,5% и «дистимия» (F34.1) – 2 наблюдения, 11,8%. Лишь в единичных наблюдениях диагностированы «короткая депрессивная реакция» (F43.20), а также «депрессивный эпизод» (F32) и «рекуррентное депрессивное расстройство» (F33).

Таким образом, среди расстройств депрессивного спектра для пациентов с ХСН ввиду затяжного и непрерывного течения кардиологической патологии в подавляющем большинстве наблюдались депрессии с длительным течением, что соотносится с более ранними работами [16].

В большинстве наблюдений (58,8%) депрессии синдромально квалифицировались как астено-апатические, которые соотносились с соматогенными депрессиями, описанными в более ранних работах [51]. Клиническая картина наряду с гипотимией реализовывалась явлениями деморализации в виде преобладания в сознании пациентов чувства беспомощности, безысходности и бесперспективности проводимого лечения, сочетающимися с эмоциональной лабильностью, слабодушием, которые чередовались с проявлениями дисфории.

Пациенты ощущали себя беспомощными, что ассоциировали с тяжелыми проявлениями ХСН и невозможностью справляться с привычными бытовыми делами, чувствовали себя обузой для близких. Любая помощь, оказываемая со стороны близких, интерпретировалась как зависимость, что вызывало разочарование в собственных силах и возможностях, подавленность и чувство бесполезности.

Симптомы ХСН такие как, одышка, отеки нижних конечностей, приводили к вынужденному ограничению социальной сферы, которое воспринималось пациентами как ощущение изолированности и покинутости. Более того, ощущение социальной изоляции наблюдалось не только в периоды декомпенсации ХСН, но и в стабильном состоянии, когда было необходимо принимать сложную схему кардиотропных препаратов, планировать посещение мероприятий с учетом их действия (например, диуретических препаратов). Больные теряли интерес к хобби, увлечениям, прежнему общению, становились пассивными, отказывались от встреч с друзьями или посещения общественных мероприятий.

В структуре депрессии также наблюдались и соматизированные симптомы вне зависимости от стадии ХСН, ФК по NYHA, а, следовательно, и не объяснимые исключительно соматическим состоянием. Наблюдалась астеническая симптоматика в виде снижения физических сил, нехватки жизненной энергии, повышенной утомляемости и истощаемости, выраженность которых при ХСН по данным литературы сопоставима с тяжестью астении у пациентов с онкологическими заболеваниями [135]. Выраженность астенической симптоматики в исследуемой группе подтверждалась и результатами Субъективной шкалы оценки астении (средний суммарный балл –  $58 \pm 10,1$ ). Неспособность вести привычную повседневную деятельность, а порой и восприятие обычной ходьбы, прогулки как трудной тяжело осуществимой задачи, формировала у больных разочарование в собственных силах, а прогноз соматического состояния интерпретировался как неизбежно ухудшающийся и безнадежный. Наблюдалось отсутствие мотивации на дальнейшее лечение.

Выявленные особенности соотносятся с данными литературы о преобладании гипотимии и анергии в структуре аффективных расстройств при ХСН [34].

Важно также отметить, что для пациентов были характерны и когнитивные нарушения, реализующиеся снижением концентрации внимания, трудностями при сосредоточении, снижением памяти. Больные жаловались, что им стало труднее запоминать новую информацию, были рассеянны, забывчивы.

Практически в одной трети случаев (29,4%) верифицировались нозогенные депрессии с преобладанием тревожной симптоматики. У пациентов наряду с гипотимией наблюдались тревожные опасения декомпенсации, неизбежного прогрессирования кардиологического заболевания и ухудшения соматического состояния. Определялась дисфория, денотат которой также ассоциировался с кардиологической патологией в виде недовольства врачами и рекомендованной схемой лечения.

У больных отмечалось снижение аппетита, а также расстройства сна по типу ранних пробуждений с наплывом образных, фатальных представлений о неотвратимом прогрессировании ХСН.

Верификация депрессий с преобладанием тревожной симптоматики при ХСН отмечалась и в предыдущих работах, однако без акцентирования на содержательном комплексе тревожных переживаний [16, 34].

Важным аспектом течения нозогенных депрессий был психосоматический параллелизм, реализующийся обусловленностью аффективных колебаний декомпенсацией ХСН, особенно усугублением одышки.

Лишь в единичных наблюдениях (11,8%) верифицировались эндогенные депрессии, квалифицируемые как меланхолические. Для таких депрессий помимо подавленности, уныния была характерна витальная тоска с соматизацией в проекции за грудиной с физическим ощущением «душевной боли». Отмечались типичные для эндогенных депрессий суточные колебания самочувствия в виде ухудшения в утренние часы и улучшения в вечернее время, что не было связано с соматическим состоянием, обусловленным ХСН. Существующие идеи самообвинения и малоценности носили абстрактный и генерализованный характер. Наблюдалась двигательная заторможенность.

Наличие аффективных расстройств подтверждалось и психометрическим обследованием, определившим высокие показатели по шкале депрессии Бека в сопоставлении как с нормативными значениями (суммарный балл  $21,6 \pm 4,4$ , что соответствует депрессии средней тяжести), так и диссоциативными и тревожными расстройствами ( $p < 0.05$ ).

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 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 ( $p < 0.05$ ).

Согласно анализу личностных характеристик было определено, что для больных в большей степени было специфично преобладание анакастной (29,4%) и шизоидной (23,5%) акцентуацией. Полученные данные соотносились с результатами психометрического обследования в виде доминирования у пациентов таких черт как «практичность» и «эмоциональная устойчивость». Отсутствие гибкости у больных с анакастными и шизоидными акцентуациями при нарушении постоянства и предсказуемости привычной жизни, накладываемом наличием хронической сердечно-сосудистой патологии, ассоциировалось с развитием депрессивных расстройств. Ответственность и добросовестность, специфичные для больных, и при этом невозможность выполнения взятых на себя обязательств в виду проявлений симптомов ХСН ассоциировались с развитием аффективной патологии. Кроме того, в ряде наблюдений у больных в анамнезе отмечались эндогенные депрессии (5,8%) и психогенно спровоцированные депрессивные реакции (41,2%), где в качестве триггера преимущественно выступали проблемы, связанные с трудовой деятельностью (отсутствие повышения, сокращение и т.д.), или другая угроза, ассоциированная с материальным благополучием.

Особенности поведенческих паттернов, обусловленные депрессивными расстройствами, отражались в пассивном и незаинтересованном поведении в отношении собственного здоровья. Так, пациенты, деморализованные наличием хронического кардиологического заболевания, не соблюдали рекомендованную диету, значительно снижали активность, несмотря на предписанные рекомендации о необходимости физической нагрузки соизмеримой с ФК по НУНА. Восприятие ХСН больными как патологии, не поддающейся коррекции и

в скором времени неизбежно приводящей к неблагоприятному исходу, ассоциировалось со снижением мотивации на лечение, проявляющейся пропуском приема лекарств, несвоевременным обращением за специализированной помощью, что подтверждалось результатами шкалы Мориски-Грина (средний суммарный балл  $1,2 \pm 1,1$ ). Низкая приверженность лечению из-за отсутствия мотивации у пациентов приводила к частым декомпенсациям ХСН и повторным госпитализациям.

Пациенты отмечали значительное снижение качества жизни, что подтверждалось психометрическим исследованием. Как и при тревожных расстройствах наблюдались значительно более высокие баллы в сопоставлении с диссоциативными расстройствами при использовании Миннесотского опросника качества жизни больных с ХСН ( $57,1 \pm 15,2$ ,  $59,2 \pm 12,5$  и  $33,0 \pm 14,0$  соответственно,  $p < 0,05$ ).

Иллюстрацией депрессивного расстройства служит следующее клиническое наблюдение.

#### **Клиническое наблюдение №4**

##### **Пациентка К.В.И., 74 года**

Наследственность психопатологически отягощена по аффективным заболеваниям.

Сестра. Работала учителем русского языка. Состояла в браке, от которого 1 ребенок. Отличалась сдержанностью в проявлении эмоций, строгостью, стремилась к идеальному порядку в доме. В 41 год на фоне смерти матери пережила депрессивный эпизод. Обращалась за специализированной помощью, проходила лечение амбулаторно. Умерла в возрасте 68 лет в результате острой внезапной смерти.

Отец. Работал технологом-металлургом. По характеру был малообщительным, спокойным. Отличался строгостью, повышенной требовательностью к окружающим, педантичностью. После постановки диагноза сахарный диабет стал уделять повышенное внимание здоровью: придерживался

диеты, регулярно посещал специалистов, добивался путевок с работы в санатории.

Мать. Работала медсестрой. Уравновешенная, педантичная, трудолюбивая. Демонстрировала склонность к перепроверкам. Перед важными жизненными событиями отмечались трудности при засыпании. Умерла в возрасте 72 лет от инфаркта миокарда.

Дочь, 49 лет, замужем, двое детей. Учительница начальных классов. По характеру спокойная, избегает конфликтных ситуаций даже в ущерб собственным интересам. Исполнительная, при этом нерешительная, ведомая, зависима от мнения значимых людей.

Пациентка родилась от нормально протекавшей беременности. Ранее развитие без особенностей. Росла физически крепкой.

По характеру была деятельной, целеустремленной. В общении с окружающими была категоричной, упрямой. Демонстрировала соблюдение принятых норм и моралей, отличалась консерватизмом.

Была рассудительной, не позволяла себе проявлять слезы при посторонних, считая это недопустимым. Обладая перфекционизмом, любила порядок, идеальную чистоту в доме.

В школу пошла с 7 лет. Училась на «хорошо» и «отлично». Старательно готовилась ко всем урокам. Если не могла разобрать предмет, могла до ночи просидеть с домашним заданием. Перед контрольными испытывала выраженное волнение, беспокойство, прокручивала тревожные мысли, что может недостаточно хорошо справиться. Тогда же стали появляться ритуальные действия: чтобы хорошо сдать экзамен, вытягивала билет левой рукой, перед контрольной обязательно поднималась по лестнице через ступеньку.

После окончания школы поступила в торговый техникум, параллельно работала продавцом. Обладая высокой работоспособностью, дослужилась до заведующей магазина. С подчиненными была жесткой, требовательной, скрупулезно следила, чтобы те не обвешивали и не обсчитывали клиентов. Будучи рациональной, осознавая необходимость получения высшего образования

для карьеры, в 32 года поступила в экономический институт на вечернюю форму обучения. После окончания института работала бухгалтером. Параллельно принимала активное участие в общественной деятельности – была секретарем партийной организации. По наступлению пенсионного возраста с 60 лет не работала.

Менархе в 11 лет, менструации безболезненные, колебаниями настроения не сопровождались. Интерес к противоположному полу с подросткового возраста.

В 22 года познакомилась с будущим мужем. На протяжении 2-х лет принимала ухаживания. В 24 года, не испытывая особой влюбленности, расценив, что поклонник обладает такими качествами, как надежность, серьезность, вышла за него замуж. Семейная жизнь складывалась ровной, в отношениях занимала главенствующую роль.

Беременность и роды в 25 лет, физиологичные, без патологии. В послеродовой период колебания настроения не отмечались. В воспитании дочери отличалась строгостью, повышенной требовательностью. Испытывала выраженное беспокойство, тревогу, когда ребенок болел простудными заболеваниями, корила себя и супруга, что были недостаточно внимательными, предупредительными (выбрали одежду не по погоде, слишком много или, напротив, мало гуляли и, как следствие, не закалили организм и т.д.).

В 45 лет перенесла смерть матери. На этом фоне снизилось настроение. Стала апатичной, залеживалась в кровати. Денотат переживаний ограничивался утратой, винила себя, что недостаточно заботилась о матери, не настаивала на регулярных обследованиях у специалиста. Нарушился сон по типу трудностей засыпания. Аппетит был в норме. Отмечала ухудшение настроения в вечернее время, в первой же половине дня переключала внимание на работу, на которой скрывала истинные переживания. Состояние выровнялось самостоятельно спустя 3 месяца.

В 63 года перенесла клишированную психогенную депрессивную реакцию на смерть сестры. К специалистам не обращалась, настроение выровнялось через 4 месяца.

На протяжении жизни к проблемам со здоровьем относилась спокойно и рационально. При соматическом неблагополучии изучала информацию о заболевании, нежелательных последствиях. Тщательно подходила к выбору лечащего врача, консультируясь с несколькими специалистами для получения «второго мнения». Наиболее значимым в случае болезни считала возможность сохранять привычный уклад жизни.

Неблагополучие со стороны сердечно-сосудистой системы с 61 года, когда периодически стала отмечать повышение артериального давления до 200/180 мм.рт.ст., сопровождаемое повышенной слабостью во всем теле, головной болью давящего характера в затылочной области, головокружением. Обращалась в поликлинику. Рекомендации выполняла не в полной мере: у специалистов наблюдалась нерегулярно, диету не соблюдала, при этом принимала назначенную гипотензивную терапию, фиксировала значения артериального давления в тетради.

В возрасте 69 лет перенесла обширный инфаркт миокарда. Так, придя с прогулки домой, почувствовала резкую слабость, озноб, головокружение. Наблюдалось пресинкопальное состояние. Была госпитализирована бригадой СМП. Экстренно проведено стентирование. В послеоперационном периоде чувствовала себя удовлетворительно. Спокойно восприняла диагноз. Досконально расспросила врачей о диагнозе, завела специальную тетрадь для фиксирования рекомендаций и ежедневного состояния. Настроение было ровным, тревоги и беспокойства не испытывала, рассматривала проблемы со здоровьем рационально, считала, что сможет контролировать течение сердечно-сосудистой патологии.

Однако спустя 2 месяца соматическое состояние постепенно ухудшалось: стала беспокоить физическая слабость, утомляемость, одышка при привычной физической нагрузке. Обратилась за специализированной помощью, была госпитализирована с диагнозом ХСН. На этом фоне постепенно снижалось настроение, чувствовала себя «беспомощной», тяготилась тем, что не может в той же мере справляться с привычными бытовыми делами, считала себя «обузой» для

родных. Стала плаксивой, слезливой. При этом эпизодически возникали вспышки раздражения, когда самостоятельно не справлялась с привычными делами (например, подняться пешком по лестнице с сумкой или ходить в том же темпе как обычно). Злилась, что стала медленной, неповоротливой из-за одышки. Нарушился сон по типу трудностей засыпания из-за переживаний, денотат которых ограничивался кардиологической патологией, ее хроническим течением и, как следствие, невозможностью вести привычный образ жизни. Снижился аппетит. Отмечала ухудшение состояния в вечернее время.

Была выписана в удовлетворительном состоянии, при этом настроение по-прежнему сохранялось сниженным. Стала апатичной, безинициативной. С трудом заставляла себя вести домашнее хозяйство, сократила общение, реже виделась с дочерью, внуками. Была равнодушна к собственному состоянию. Ощущала разочарованность и бесперспективность лечения, в связи с чем у специалистов не наблюдалась. Принимала кардиотропную терапию только по настоянию супруга.

В дальнейшем неоднократно госпитализировалась с декомпенсацией ХСН.

Настоящее ухудшение состояния последний месяц, когда постепенно усиливалась одышка, слабость, истощаемость. Из-за безучастного отношения к собственному здоровью к врачам длительное время не обращалась, родным не сообщала о своем самочувствии. И лишь, когда с трудом стала ходить даже в пределах квартиры в связи с выраженной одышкой, отеками ног, по настоянию супруга обратилась за специализированной помощью. Была госпитализирована в кардиологическое отделение УКБ №1 ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с декомпенсацией ХСН.

### **Психическое состояние**

На беседу соглашается пассивно. Одеты неопрятно, волосы не расчесаны. Походка медленная. Сидит в скованной, однообразной позе. Жестикуляции отсутствуют. Выражение лица подавленное, печальное. Зрительный контакт не поддерживает, взгляд безучастный. Мимика лица маловыразительная. Голос тихий, темп речи медленный. Речь грамматически стройная. Эмоционально-лабильна, в процессе беседы не удерживает аффект, на глазах наворачиваются

слезы. Быстро и заметно устает во время разговора с врачом, ответы становятся односложными, формальными. Спустя 15-20 минут беседы заметно раздражается, отмахивается, просит закончить разговор.

Жалуется на снижение переносимости привычных нагрузок, что сопровождается одышкой, чувством усталости, отсутствием сил, тяжестью в нижних конечностях. Тяготится снижением толерантности к физическим нагрузкам. Чувствует себя дряхлой, старой.

Настроение снижено с чувством подавленности, безрадостности, потерей интереса к прежней деятельности, былым увлечениям. Главным лимитирующим фактором кардиологической патологии называет слабость, отсутствие возможности выполнения привычной активности. Деморализована собственной беспомощностью. Тяготится тем, что желания не совпадают с возможностями. Угнетена тем фактом, что стала обузой для родных, не может не только оказать полноценной помощи, но и, напротив, сама в ней нуждается. Отмечает потерю радости от жизни, ее бессмысленность («Я все повидала, ничего больше не ожидается»). Иногда перед сном думает, что лучше бы и вовсе не проснуться. Не считает нормальной жизнь с выраженными ограничениями в движении. Состояние с пиком плохого самочувствия в вечерние часы, когда ощущает себя разбитой, уставшей. Однако и в утренние часы заторможена, делает все медленно.

Сон нарушен по типу трудностей засыпания, ночных пробуждений. Аппетит снижен.

По поводу наличия ХСН испытывает равнодушие, безразличие, не переживает о прогнозе и исходе заболевания. Не наблюдается тревога, витальный страх.

Дни проводит дома, на улицу практически не выходит. Безинициативна, залеживается в кровати за просмотром телевизора. Пренебрегает соблюдением личной гигиены. С родными ограничила общение, большую часть времени проводит в одиночестве.

Активные суицидальные мысли не выявляются.

## **Результаты психометрического обследования**

Результаты использования Пятифакторного личностного опросника свидетельствуют о преобладании следующих характерологических особенностей: «самоконтроль» (52 балла), реализующийся ответственностью, обязательностью, волевой регуляцией поведения, «эмоциональная устойчивость» (64 балла), проявляющаяся спокойствием, постоянством в своих привязанностях и планах, а также «практичность» (31 балл) в виде реалистичности в суждениях, отсутствия гибкости и сентиментальности.

Суммарный балл по шкале депрессии Бека составил 26 баллов, что соответствует депрессивному расстройству средней степени тяжести.

Согласно данным, полученным при использовании Краткого опросника о здоровье, у пациентки не отмечалась «тревога о здоровье» (5 балла), «страх» (4 балл), а также отсутствовала «бдительность к телесным ощущениям» (2 баллов).

У пациентки наблюдается снижение качества жизни в соответствии с результатами применения Миннесотского опросника качества жизни (суммарный балл – 45 баллов), свидетельствующими об умеренных ограничениях физической активности.

Результаты использования Субъективной шкалы оценки астении показали выраженные проявления астенического симптомокомплекса по всем составляющим дименсиям (средний суммарный балл – 71; общая астения – 14 баллов; пониженная активность – 13 баллов; снижение мотивации – 15 баллов; физическая астения – 16 баллов; психическая астения – 13 баллов).

Применение теста Мориски-Грина для оценки приверженности показал низкую приверженность лечению (2 балла).

## **Соматическое состояние**

Состояние средней тяжести. Кожные покровы умеренно бледные. В легких дыхание ослаблено в нижних отделах, больше справа, там же определяется умеренное количество мелкопузырчатых хрипов. Частота дыхания – 21 в 1 мин. SpO<sub>2</sub> – 95-96%. Тоны сердца приглушены, экстрасистолия. Артериальное давление – 110/70 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 70/мин.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень увеличена, пальпируется на 3-4 см ниже края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

### **Результаты лабораторно-инструментальных исследований**

**Клинический анализ крови:** HGB 10,7 г/дл, RBC 5,0x10<sup>6</sup>/мкл, HCT 39,6%, MCV 79,9 фл, MCH 21,3 пг, MCHC 26,7 г/дл, PLT 332\*10<sup>3</sup>/мкл, WBC 8,7x10<sup>3</sup>/мкл, нейтрофилы 60%, лимфоциты 27%, моноциты 10%, эозинофилы 2%, базофилы 1%, плазматические клетки 0%, СОЭ 7 мм/ч.

**Биохимический анализ крови:** общий белок 62,8 г/л, креатинин 91,4 мкмоль/л, глюкоза 5,1 ммоль/л, мочевая кислота 548,0 мкмоль/л, общий билирубин 32 мкмоль/л, билирубин прямой 11,9 мкмоль/л, АСТ 43 ед/л, АЛТ 38 ед/л, ГГТ 28 ед/л, щелочная фосфатаза 495 ед/л.

**Иммунологический анализ:** HBs Ag, HCV, КСР на сифилис отрицательны. Антитела к ВИЧ не выявлены.

**Клинический анализ мочи:** уд. вес 1017, рН 5, белок – нет, сахар – нет, ацетона нет, желчные пигменты – отриц, уробилин – нет, эпителий плоский – незначительное к-во, лейкоциты – 1-2 в п/зр, эритроциты – нет, соли нет, слизь – незначительное к-во, бактерии – нет.

**Электрокардиограмма (ЭКГ):** Ритм синусовый, правильный. ЧСС 98 ударов в мин. Рубцовые изменения передне-перегородочной, верхушечной локализации, диффузные нарушения внутрижелудочковой проводимости, желудочковая экстрасистолия.

**Эхокардиография с доплеровским анализом:** Дилатация левых отделов сердца, правого предсердия, правого желудочка на базальном уровне. Аортальная регургитация 0-1 степени. Митральная регургитация 2-3 степени. Трикуспидальная регургитация до 2 степени. Незначительная гипертрофия базальной части межжелудочковой перегородки. Акинез средне-задней и нижне-задней межжелудочковой перегородки, средне-переднего сегмента, гипокинез средне-бокового сегмента, акинез с дискинезом верхушечных сегментов левого желудочка (аневризма). Глобальная сократимость левого желудочка снижена

(ФВ 27%). Выраженная диастолическая дисфункция левого желудочка. Признаки среднетяжелой легочной гипертензии. Минимальное количество жидкости в полости перикарда. В плевральных полостях: слева небольшое количество жидкости, справа около 900 мл свободной жидкости.

**Рентгенография грудной клетки:** рентгенологическая картина умеренно выраженной гиперволемии в малом круге кровообращения. Свежих очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Значительное увеличение сердца.

**Консультация офтальмолога:** Ангиопатия сетчатки по гипертоническому типу.

**Неврологический статус:** Сознание ясное, контакта, ориентирована правильно. Чувствительность на лице сохранена. Точки выхода тройничного нерва безболезненны. Менингеальных знаков, нет. Зрачки правильной формы, обычного размера, реакция на свет, конвергенцию, аккомодацию сохранна. Глазные щели симметричны, D = S. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены. Мышечный тонус в норме. Сухожильные рефлексы живые, D = S. Чувствительность сохранена. Парезов и параличей нет. В позе Ромберга устойчива. Координационные пробы выполняет удовлетворительно.

**Заключение невролога:** Данных за очаговую неврологическую патологию не выявлено. Дорсопатия. Сколиоз грудного отдела позвоночника, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника, кокцигодия.

**Заключение кардиолога:** Больная с ИБС, перенесшая передне-перегородочный с распространением на верхушку и боковую стенку инфаркт миокарда с формированием тромбированной аневризмы левого желудочка, чрескожное коронарное вмешательство со стентированием в апреле 2019 г., госпитализирована в клинику в связи с декомпенсацией ХСН. Причина декомпенсации ХСН: неадекватная медикаментозная терапия и естественное течение заболевания. При ЭХО-КГ: ФВ 27%, митральная регургитация 2-3 степени, обширные зоны гипо-акинезии передней, передне-перегородочной и боковой локализации, аневризма верхушки, наличие незначительного количества жидкости в полости перикарда, правосторонний гидроторакс до 900 мл. При

рентгенологическом исследовании органов грудной клетки: признаки застоя в малом кругу кровообращения.

**Клинический диагноз:** Хроническая сердечная недостаточность 2А, III ФК по NYHA, декомпенсация. ИБС: постинфарктный кардиосклероз от 03.04.2019. Механическая реканализация, тромбоаспирация из ПМЖВ, стентирование проксимального сегмента ПМЖВ стентом без лекарственного покрытия Nexgen 3,5x24 мм от 03.04.2019. Гипертоническая болезнь III стадии, 2 степени, риск ССО очень высокий. Язвенная болезнь ДПК, вне обострения.

**Лечение:** Фуросемид в/в струйно под контролем диуреза, веса с дальнейшим переходом на пероральный прием. С целью оптимизации терапии ХСН назначена юпердио 50 мг/сут. с дальнейшей титрацией на амбулаторном этапе до максимально переносимых доз, ацетилсалициловая кислота 100 мг/сут., аторвастатин 40 мг/сут., верошпирон 25 мг/сут., форсига мг/сут., бисопролол 2,5 мг/сут.

### **Клинический разбор**

Состояние определяется астено-апатической депрессией у личности с анакастным радикалом.

Представленная клиническая картина соотносится с соматогенными депрессиями (F06.3 по МКБ-10) [51] и реализуется гипотимией с явлениями деморализации в виде превалирования мыслей в сознании пациентки о беспомощности, безысходности и разочарованности в собственных силах. В пользу квалификации соматогенной депрессии свидетельствует также эмоциональная лабильность, проявляющаяся слабодушием, слезливостью, а также дисфория в виде повышенной раздражительности, гневливости.

Денотат переживаний ассоциирован с ХСН и ввиду физических ограничений, обусловленных проявлениями кардиологической патологии, определяется ощущением зависимости от родных, своей бесполезности и чувством обузы для окружающих.

Наряду с явлениями деморализации наблюдалась выраженная апатия. Пациентка была пассивной, безучастной и независимо от компенсации/декомпенсации ХСН все свободное время проводила в пределах

квартиры, залеживалась в кровати. При этом важно отметить, что физическая активность рекомендуется пациентам вне зависимости от тяжести ХСН, определяется лишь соизмеримая нагрузка относительно ФК по NYHA.

Астеническая симптоматика в структуре депрессии проявляется повышенной слабостью, быстрой истощаемостью, нехваткой жизненных сил и энергии. При этом важно отметить, что астенические проявления наблюдались и в соматически компенсированном состоянии, что позволяет квалифицировать астению в данном случае в структуре депрессивного расстройства.

Отсутствовали признаки витализации аффекта в виде «предсердной тоски», типичные суточные колебания аффекта с ухудшением в утренние часы, которые характерны для эндогенных депрессий.

В качестве особенностей динамики депрессии обращает на себя внимания затяжной характер (дистимия), что, по всей видимости, обусловлено длительным и хроническим течением кардиологической патологии.

Психометрическое исследование также подтверждает наличие депрессии у пациентки. Так, суммарный балл по шкале депрессии Бека составил 42 балла, что соответствует депрессивному расстройству тяжелой степени тяжести.

По Краткому опроснику тревоги о здоровье верифицировались крайне низкие показатели по всем субшкалам («тревога о здоровье», «страх», «бдительность к телесным ощущениям»), что, по всей видимости, детерминировано равнодушным и безучастным отношением к собственному состоянию.

Чувство разочарования и безысходности у пациентки приводило к отсутствию мотивации на дальнейшую терапию, несоблюдению назначенных рекомендаций. Низкая приверженность лечению подтверждалась результатами использования Шкалы Мориски-Грина для оценки приверженности (1 балл).

В результате формировался «замкнутый круг»: симптомы депрессии посредством дезадаптивного поведения ухудшали соматическое состояние, которое, в свою очередь, усугубляло депрессию.

По результатам применения Миннесотского опросника качества жизни больных ХСН у пациентки верифицировалось выраженное ограничение физических нагрузок (63 балла).

Депрессия сформировалась у личности с ананкастной акцентуацией, о чем свидетельствует превалирование таких личностных черт, как перфекционизм, приверженность социальным условностям, консерватизм, ригидность, а также неспособность к релаксации и избегание развлечений. По результату применения Пятифакторного личностного опросника в качестве ведущих характерологических особенностей верифицировались «самоконтроль» (53 балла), «эмоциональная устойчивость» (49 баллов) и «практичность» (21 балл). Наличие ХСН обуславливало изменения привычного жизненного уклада, что для пациентки было непереносимо ввиду отсутствия гибкости и ригидности. Желание больной тотального контроля, предсказуемости событий во всех сферах жизни диссонировало с реальностью в виде невозможности полностью управлять течением хронической кардиологической патологии, что приводило к развитию аффективного расстройства.

**Психофармакотерапия:** В качестве медикаментозного лечения был выбран мультимодальный антидепрессант вортиоксетин в дозе 10 мг/сут., отличающийся активирующим действием, направленным на редукцию астено-апатической симптоматики. Данные литературы свидетельствуют об эффективности и безопасности применения вортиоксетина у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [169, 240, 252].

К 7 дню приема психофармакотерапии наблюдалось частичное улучшение состояния в виде нормализации ночного сна, аппетита. При этом выраженность гипотимии сохранялась на прежнем уровне. Было рекомендовано увеличение суточной дозировки до 20 мг/сут. Через 4 недели лечения отмечалась положительная динамика: выровнялся аффективный фон с редукцией подавленности, безрадостности, апатии. Появилась заинтересованность в лечении. Пациентка стала более активной, деятельной, в рамках возможностей, накладываемых ХСН, вновь стала самостоятельно вести хозяйство, ходить на прогулки, встречаться с родными. Суммарный балл по шкале депрессии Бека снизился с 26 до 12 баллов, что соответствует нормативным значениям.

**Психотерапия:** Проведены 8 терапевтических сессий с частотой 1 раз в неделю в подходе когнитивно-поведенческой терапии. Первые 2 сессии

представляли собой **психообразование**, направленное на формирование мотивации к терапии. Психотерапевтическое лечение было ориентировано на:

1. Формирование мотивации путем акцентирования внимания на достижениях в медицине в области кардиологии.
2. Активное использование примеров из клинической практики пациентов со схожими историями болезни и благополучным течением при соблюдении рекомендаций.
3. Предоставление развернутой и доступной информации о возможных средствах сохранения достаточного и комфортного уровня активности.
4. Построение перспектив дальнейшего поведения в сложившейся ситуации соматического заболевания.

К 8 сессии наблюдалась положительная динамика в виде поведенческой активации в соответствии с кардиологическим статусом.

\*\*\*

В рамках исследования была выдвинута гипотеза о формировании гетерогенных психических расстройств при ХСН, ассоциирующихся с дезадаптивными паттернами поведения различной степени выраженности и определяющихся соучастием особенностей кардиологического заболевания и личностных характеристик.

Представленная сравнительная кардиологическая характеристика в Таблице 7 свидетельствует о неравномерном распределении пациентов относительно продолжительности и тяжести ХСН в зависимости от психических расстройств.

Таблица 7 – Сравнительная характеристика кардиологических показателей пациентов с психическими расстройствами при ХСН

Показатель	Депрессивные расстройства n=17	Тревожные расстройства n=28	Диссоциативные расстройства n=76	p
Длительность ХСН от верификации до включения в исследование, лет	6,1±3,2	4,1±4,2	3,2±3,8	<0,05

Продолжение Таблицы 7

Показатель	Депрессивные расстройства n=17	Тревожные расстройства n=28	Диссоциативные расстройства n=76	p
Среднее количество госпитализаций в связи с декомпенсацией ХСН в год, n	2,3±1,0	2,2±1,4	3,2±1,7	<0,05
Фракция выброса левого желудочка, ФВ ЛЖ %				NS
- сниженная (<40)	7 (41,2%)	7 (25%)	28 (36,8%)	
- «промежуточная» (40-49)	5 (29,4%)	9 (32,2%)	18 (23,7%)	
- сохраненная (≥50)	5 (29,4%)	12 (42,8%)	30 (39,5%)	
Функциональный класс (NYHA):				<0,05
- II	0	8 (28,5%)	10 (13,1%)	
- III	15 (88,2%)	17 (60,7%)	44 (57,9%)	
- IV	2 (11,8%)	3 (10,8%)	22 (29,0%)	
Методы лечения:				<0,05
- терапевтическое лечение	14 (82,3%)	23 (82,1%)	53 (69,7%)	
- кардиохирургическое вмешательство	3 (17,7%)	5 (17,9%)	23 (30,3%)	

Для пациентов с диссоциативными расстройствами были характерны наименьшая продолжительность ХСН ( $3,2 \pm 3,8$   $p < 0.05$ ), но при этом значительно более тяжелое кардиологическое состояние, что подтверждается наличием не только III ФК (44 наблюдения, 57,9%), но и широко представленным IV ФК (22 наблюдения, 29,0%,  $p < 0.05$ ), а также практически в одной трети наблюдений (23 наблюдения, 30,3%) отмечаются рекомендации хирургического лечения сердечно-сосудистой патологии, в том числе сердечная ресинхронизирующая терапия, и в 3 наблюдениях даже трансплантация сердца. Более того, ввиду тяжести состояния пациентам значительно более часто требовалось стационарное лечение в сопоставлении с больными с расстройствами депрессивного и тревожного спектра ( $3,2 \pm 1,7$ ,  $2,3 \pm 1,0$  и  $2,2 \pm 1,4$  соответственно,  $p < 0.05$ ).

В группе пациентов с депрессивными расстройствами преобладали пациенты с длительным течением ( $6,1 \pm 3,2$  лет) и средней тяжестью ХСН, что подтверждается преобладанием III ФК (15 наблюдений, 88,2%).

В когорте пациентов с тревожными расстройствами в сопоставлении с депрессивными накапливались больные с менее продолжительным течением ХСН ( $4,1 \pm 4,2$  и  $6,1 \pm 3,2$  соответственно) как со средней тяжестью (III ФК – 17 наблюдений, 60,7%), так и более легкой и тяжелой степенью (II и IV ФК – 8 наблюдений, 28,5% и 3 наблюдения, 10,8% соответственно) выраженности патологии.

Полученные результаты соотносятся и с более ранними исследованиями, в которых позиционировалась связь депрессии с тяжестью соматического состояния, в отличие от тревоги, в первую очередь, ассоциирующуюся с субъективным восприятием ощущений и симптомов, а не с тяжестью кардиологического заболевания [34, 181, 238].

Важно отметить, что пациенты с гетерогенными психическими расстройствами различно воспринимали проявления соматического неблагополучия, что наглядно иллюстрирует отношение больных к астеническим расстройствам, наблюдающимся в большинстве случаев при ХСН. В Таблице 8 представлена сравнительная характеристика результатов использования Субъективной шкалы оценки астении (MFI-20) у пациентов с изучаемыми психическими расстройствами.

Таблица 8 – Психометрические показатели шкалы оценки астении MFI-20 у пациентов с психическими расстройствами при ХСН

Показатель	Депрессивные расстройства, n=17	Тревожные расстройства, n=28	Диссоциативные расстройства, n=76	p
Общая астения	14±1,4	15±4,2	9±2,4	<0,05
Пониженная активность	15±4,1	14±3,5	8±5,1	<0,05
Снижение мотивации	16±2,4	9±5,2	9±4,6	<0,05
Физическая астения	12±2,5	13±3,2	8±4,2	<0,05
Психическая астения	15±2,1	8±4,5	7±5,3	<0,05
Суммарный балл	58±10,1	64±8,7	42±6,4	<0,05

Пациенты с диссоциативными расстройствами, несмотря на то, что в преобладающем количестве наблюдений верифицировалось тяжелое кардиологическое состояние, субъективно отрицали выраженные проявления астенической симптоматики (средний суммарный балл  $42 \pm 6,4$ ), не признавая ни физической, ни психической утомляемости. Больные стремились к повышенной активности, деятельности, будучи убежденными в достаточном количестве сил и энергии, вопреки объективным данным. Проявления же астенических расстройств подтверждалось при объективном сборе анамнеза со слов родственников.

Противоположная клиническая картина наблюдалась в группе пациентов с тревожными расстройствами (средний суммарный балл  $42 \pm 6,4$  и  $64 \pm 8,7$ , соответственно,  $p < 0.05$ ), для которых были характерны жалобы на тягостные проявления астенических расстройств преимущественно в виде физического компонента астении, а также пониженной активности, что, по всей видимости, обусловлено также и «здоровьесберегающим» паттерном поведением, детерминированным тревожной симптоматикой. При этом важно отметить, что среди пациентов с тревожными расстройствами диагностировалась ХСН разной степени тяжести: как более легкой, так и выраженной.

Больные с депрессивными расстройствами, для которых было характерно преимущественно ХСН средней тяжести субъективно отмечали выраженные проявления астении (средний суммарный балл  $58 \pm 10,1$ ). Кроме того, по сравнению с больными вышеописанных групп у пациентов наблюдалась психическая астения ( $7 \pm 5,3$ ,  $8 \pm 4,5$  и  $15 \pm 2,1$ , соответственно,  $p < 0.05$ ) и снижение мотивации ( $9 \pm 4,6$ ,  $9 \pm 5,2$  и  $16 \pm 2,4$ , соответственно,  $p < 0.05$ ), что, вероятно, обусловлено и проявлением депрессивной симптоматики.

Гетерогенные психические расстройства формировались и у лиц с различными характерологическими особенностями, что подтверждалось психометрическим обследованием. – см. Таблицу 9 и Рисунок 2.

Таблица 9 – Сравнительная характеристика психометрических показателей пациентов с психическими расстройствами при ХСН

Показатель		Депрессивные расстройства, n=17	Тревожные расстройства, n=28	Диссоциативные расстройства, n=76	p
Шкала депрессии Бека	когнитивно-аффективный компонент	12,1±4,3	4,8±4,7	2,6±3,1	<0,05
	соматический компонент	9,5±2,5	6,4±4,2	4,9±2,7	<0,05
	суммарный балл	21,6±4,4	11,3±8,1	7,6±5,1	<0,05
Краткий опросник тревоги о здоровье	тревога о здоровье	6,4±2,5	11,6±4,4	2,9±2,1	<0,05
	страх негативных последствий	4,3±2,0	6,7±2,9	3,5±2,4	<0,05
	бдительность к телесным ощущениям	3,4±1,4	6,1±2,2	2,3±1,6	<0,05
Пятифакторный личностный опросник	интроверсия-экстраверсия	48,2±13,9	49,2±10,7	49,5±10,2	NS
	обособленность-привязанность	47,06±12,5	56,9±6,2	52,2±8,3	<0,05
	импульсивность-самоконтроль	50,2±15,6	50,6±17,9	52,4±6,7	NS
	эмоциональная устойчивость-эмоциональная неустойчивость	45,2±12,1	36,3±10,9	42,1±11,0	<0,05
	практичность-экспрессивность	42,2±12,9	52,6±10,3	47,0±9,8	<0,05
Миннесотский опросник качества жизни у больных ХСН		57,1±15,2	59,2±12,5	33,0±14,0	<0,05
тест Мориски-Грина для оценки приверженности		1,2±1,1	1,8±0,7	0,8±0,9	<0,05

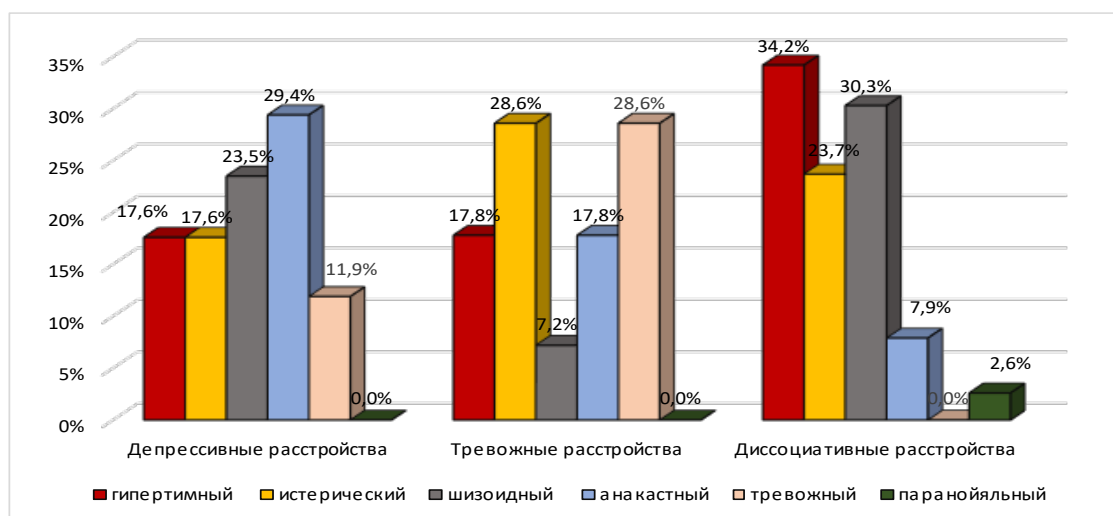


Рисунок 2 – Личностные особенности пациентов с психическими расстройствами при ХСН

В группе пациентов с диссоциативными расстройствами преимущественно преобладали больные с гипертимным (34,2%) и шизоидным радикалом (30,3%), тревожными расстройствами – с тревожной (28,6%) и истерической акцентуацией (28,6%), и с депрессивными расстройствами – с ананкастным (29,4%) и шизоидным радикалом (23,5%) ( $p < 0,005$ ).

\*\*\*

Таким образом, формирование гетерогенных психических расстройств при ХСН ассоциировалось как с личностными особенностями, так и особенностями кардиологического статуса.

Развитие диссоциативных расстройств ассоциировалось в первую очередь с личностными особенностями в виде конституционально повышенного фона настроения, характерного для пациентов с compartment-диссоциацией, и собственного представления о функционировании организма у больных с detachment-диссоциацией. Преобладание кардиологически тяжелых пациентов с относительно непродолжительным течением ХСН, по всей видимости, определяло формирование недооценки тяжести состояния как «защитного механизма» в рамках психологической парадигмы.

Тревожные расстройства были характерны для пациентов вне зависимости от тяжести ХСН и определялись внутренним восприятием картины болезни, детерминированным конституциональными особенностями. Преимущественно накапливались пациенты с тревожным и истерическим радикалами. Такие характерные черты как повышенная мнительность и тревожность ассоциировалась с катастрофизацией и искаженным восприятием симптомов ХСН.

В формирование депрессивных расстройств вносили вклад как кардиологические особенности в виде длительного течения ХСН средней тяжести состояния, так и конституциональная специфичность, реализующаяся повышенной ответственностью и нетерпимостью невозможности выполнения обязательств, а также тропностью к формированию депрессивных расстройств в течение жизни, что было характерно для пациентов с анакастным и шизоидным радикалами.

Значимый вклад личности в формирование психопатологической картины гетерогенных психических расстройств при ХСН доказывается и более ранними исследованиями на выборках пациентов кардиологического профиля, свидетельствующими о важности личностной предрасположенности в качестве предиктора формирования патологического поведения в болезни [34, 37, 38].

Несомненное негативное воздействие психических расстройств на ХСН [66, 102, 125, 148, 253] подтвердилось результатами данного исследования, продемонстрировавшими формирование дезадаптивных паттернов поведения в болезни и снижение приверженности медикаментозному лечению, что особенно ярко выявляется при диссоциативных расстройствах.

## **ГЛАВА 4. КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

Астенический симптомокомплекс представляет собой трансназологический конструкт с мультифакториальным генезом. К настоящему времени известно, что астения по мере прогрессирования ХСН верифицируются у подавляющего большинства пациентов [133, 134, 245]. Кроме того, проявления астении у стационарных больных с ХСН отмечаются еще до госпитализации [141]. Таким образом, учитывая также и доказанную взаимосвязь между астеническим симптомокомплексом и высоким уровнем повторных госпитализаций, смертности [122], следует отметить диагностическую значимость астении как синдрома, прогрессирование которого может свидетельствовать об утяжелении кардиологического состояния больного и декомпенсации ХСН.

При этом верификация астении основывается на субъективных жалобах пациентов в отсутствие объективных методов исследования, что может приводить к диагностическим трудностям.

Как было показано в предыдущей главе, у пациентов с ХСН и депрессивными расстройствами, для которых также характерна астеническая симптоматика, может наблюдаться перекрывание симптомов. Для больных с диссоциативными и тревожными расстройствами ввиду искажения восприятия телесного самосознания характерна недооценка тяжести проявлений астении или, напротив, гипертрофированное ощущение физического неблагополучия, что может приводить к гипо- или гипердиагностике астенического симптомокомплекса.

Таким образом, клиничко-иммунологическую выборку для изучения астении составили 62 пациента с ХСН без коморбидной психической патологии (34 мужчины, 28 женщин; средний возраст  $64,4 \pm 9,7$  лет).

Для объективизации проявления астенического симптомокомплекса было проведено изучение иммунологических особенностей пациентов с астенией и ХСН.

К настоящему времени выявлена роль иммунной системы (воспаления) как важного патофизиологического механизма сердечно-сосудистых заболеваний. Повышение воспалительных медиаторов в крови пациентов коррелирует с гипертрофией и апоптозом кардиомиоцитов и последующим развитием кардиофиброза, составляющего основу для прогрессирования ХСН [25, 185, 190]. В ряде работ показано, что активация системного воспаления может приводить и к развитию астении [155, 221]. При этом спектр иммунологических маркеров, характерный для астенического синдрома, развивающегося при сердечно-сосудистых заболеваниях не определен. Также отсутствуют данные об особенностях иммунологических профилей и их взаимосвязи с тяжестью астении у больных с ХСН.

### **Клиническая картина астении при ХСН**

У всех пациентов наблюдались разнообразные проявления астенического симптомокомплекса.

Астения реализовывалась повышенной слабостью, трудностями инициации деятельности, быстрой физической, реже психической 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 позволяло исключить формирование астении в рамках депрессивной патологии.

Астенический синдром проявлялся ощущением вялости, упадка сил, общим недомоганием. Пациенты испытывали трудности при выполнении бытовых дел, не требующих значительной физической нагрузки. Даже привычная ежедневная деятельность, как например уборка кровати или ходьба, воспринималась как проблема и требовала большего времени для выполнения. Несмотря на отсутствие таких проявлений ХСН как одышка в виде затрудненного дыхания, нехватки воздуха, пациенты испытывали отчетливое снижение энергетического потенциала, из-за чего вынужденно вносили коррективы в привычный уклад

жизни, адаптировались к необходимости делать перерывы на отдых, заранее планировали распорядок дня, учитывая физические возможности.

В Таблице 10 представлены результаты психометрического исследования с использованием Субъективной шкалы оценки астении, MFI-20, свидетельствующие о превалировании «общей» (47 наблюдений, 75,8%, Me 15 [12; 17]) и «физической астении» (45 наблюдений, 72,6%, Me 14 [11; 17]).

Таблица 10 – Психометрические показатели шкалы оценки астении MFI-20 у пациентов с ХСН

Субшкалы MFI-20	Количество больных n (%)	Me [Q1; Q3] (норма <12 баллов)
Общая астения	47 (75,8)	15 (12-17)
Пониженная активность	45 (72,6)	9 (5-13)
Снижение мотивации	27 (43,5)	10 (8-14)
Физическая астения	45 (72,6)	14 (11-17)
Психическая астения	20 (32,2)	9 (5-13)
Средний суммарный балл (норма 20-30)	62 (53-70)	

В меньшей доле случаев (20 наблюдений, 32,2%) астенический симптомокомплекс проявлялся и психической истощаемостью в виде когнитивных нарушений (ухудшение кратковременной памяти, снижение концентрации внимания, трудности при сосредоточении) и дневной сонливости.

Описанная клиническая картина астенического симптомокомплекса соотносится с более ранними работами, описывающими астению как физическое истощение, недостаток сил, сочетающихся с сонливостью и приводящих к значительным ограничениям в повседневную жизнь пациентов с ХСН [150, 191].

Клиническая структура астенического симптомокомплекса различалась у пациентов с ХСН без психической патологии (клинико-иммунологическая выборка) и с гетерогенными психическими расстройствами (клинико-психопатологическая выборка), что отражается результатами использования Субъективной шкалы оценки астении, MFI-20 (нормативные значения < 12 баллов) – см. Рисунок 3.

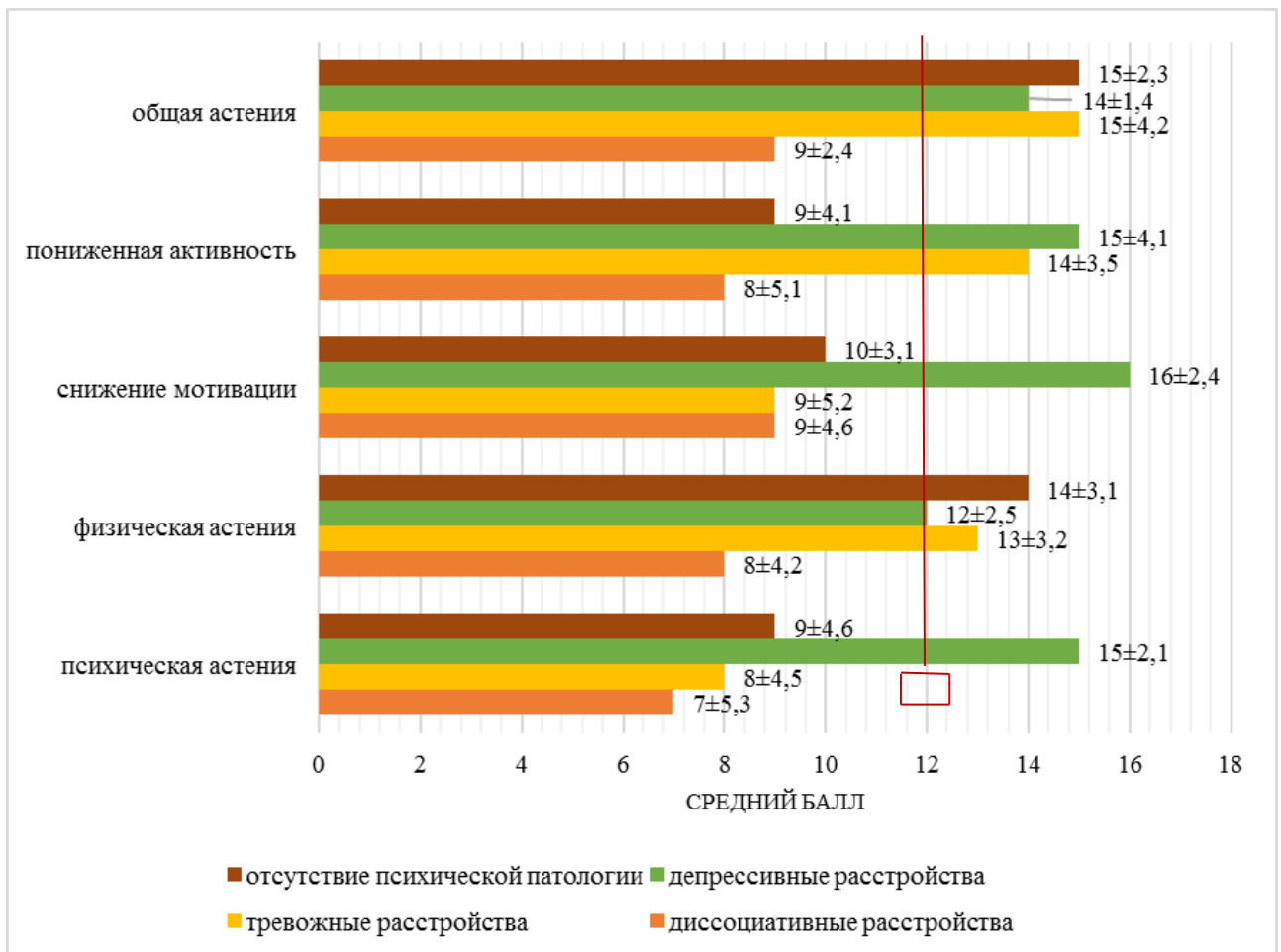


Рисунок 3 – Сравнительная характеристика клинической структуры астенического симптомокомплекса у пациентов с ХСН без психической патологии и с гетерогенными психическими расстройствами

У пациентов с ХСН без психической патологии преобладали жалобы на «общую астению» ( $15 \pm 2,3$ ) и «физическую астению» ( $14 \pm 1,3$ ), тогда как больные с расстройствами депрессивного спектра наряду с выше перечисленными проявлениями астенического симптомокомплекса отмечали и выраженную «психическую астению» ( $15 \pm 2,1$ ), «пониженную активность» ( $15 \pm 4,1$ ) и «снижение мотивации» ( $16 \pm 2,4$ ), 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» ( $14 \pm 3,5$  и  $9 \pm 4,1$ , соответственно), что детерминировано проявлениями тревоги о здоровье и дезадаптивным поведением в виде избегания любой минимальной физической активности с целью минимизировать возможное

прогрессирование астении. Больные с диссоциативными расстройствами, несмотря на тяжелое состояние, подтвержденное результатами клинических и инструментальных обследований, отрицали все проявления астенического синдрома (средний балл по всем составляющим астенического симптомокомплекса в пределах нормативных значений  $< 12$ ). При этом согласно данным объективного анамнеза родственники отмечали, что пациенты были медлительными, при выполнении привычной бытовой активности делали длительные перерывы на отдых, часто дремали в дневное время, что не было характерно прежде.

Сравнительный анализ собственных результатов с данными литературы продемонстрировал, что астения при ХСН обнаруживает ряд отличительных особенностей при сопоставлении с другими соматическими и психическими заболеваниями, в структуре которых значительно распространен астенический синдром.

Так, при ИБС астения проявляется меньшей степенью выраженности в сравнении с астенией при ХСН, а клиническая структура помимо «общей» и «физической астении» в виде усталости, физической слабости, перманентного ощущения отсутствия отдыха представлена и более выраженной «психической астенией», реализующейся снижением концентрации внимания, трудностями при сосредоточении [217]. При этом уровень мотивации к деятельности у пациентов с ИБС и ХСН сопоставимы.

При сравнении астенического синдрома при ХСН и такой тяжелой патологии как онкологические заболевания следует отметить сопоставимость степени выраженности астении, а также схожесть клинической структуры [135, 143, 185, 245]. Так, при онкологических заболеваниях на первый план выходят «общая» и «физическая астения», тогда как «психическая астения» и «снижение мотивации» часто определяются в нормативных пределах [132].

Астенический симптомокомплекс нередко является также синдромом различных регистров психических заболеваний, в том числе, расстройств депрессивного, шизотипического спектра и др. [4, 79, 81, 141]. Так, астения широко распространена при депрессивной патологии, а также часто наблюдается

и в качестве резидуального симптома, приводящего к значительным нарушениям социальной адаптации пациентов и возможности возвращения к доболезненному функционированию [79]. Астенический симптомокомплекс при депрессиях наряду с проявлениями общей слабости, быстрой истощаемости, нехваткой жизненной энергии, (характерными, в первую очередь, для астении при ХСН), реализуется и психической астенией в виде значительного снижения концентрации внимания, трудностей при сосредоточении, рассеянности, замедленности когнитивных процессов. Кроме того, для пациентов с астенией в рамках депрессивной патологии, как было продемонстрировано выше, в отличие от больных с ХСН без депрессии характерно снижение мотивации, отсутствие заинтересованности в лечении, а тягостные симптомы астении воспринимаются равнодушно.

### **Взаимосвязь астенического симптомокомплекса и клинико-демографических показателей**

Оценка взаимосвязей демографических показателей и астении при ХСН показала, что для более возрастных пациентов характерна более выраженная «общая астения» ( $p < 0.005$ ). При этом не было выявлено корреляций между другими измерениями астенического симптомокомплекса и возрастом пациентов.

По результатам анализа психосоматических взаимосвязей было обнаружено, что больные с более тяжелой ХСН, о чем свидетельствуют высокие ФК по NYHA и сниженная ФВ ЛЖ, отмечали большую выраженность симптомов физической астении. Так, «общая астения» ассоциировалась со сниженной ФВ ЛЖ ( $\chi^2 = 10,5$ ,  $p < 0.005$ ), а большая выраженность симптомов «физической астении» выявлена у пациентов с III ФК ХСН (по NYHA) по сравнению со II ФК (Me 15 [12; 17] и Me 13 [11; 15], соответственно,  $p < 0.005$ ). Большую часть таких больных (29 пациентов, 58%) составили пациенты со сниженной ФВ ЛЖ (Me 38 [30; 49]) ( $\chi^2 = 13,9$ ,  $p < 0.005$ ). Полученные данные о взаимосвязи между выраженностью астении и тяжестью ХСН соотносятся с рядом исследований [130, 133, 242].

Астения негативно влияла на качество жизни пациентов, что прослеживалось по всем составляющим дименсиям астении ( $p < 0,05$ ). Негативное воздействие астении на все аспекты качества жизни, определяемого пациентами как возможность выполнять желаемую физическую и социальную деятельность, взаимодействовать с окружающими, а также получать удовольствие от жизни, соотносится с данными литературы [72, 76, 131, 133, 212].

### **Иммунологическая характеристика пациентов с астенией и ХСН**

С целью объективной верификации астении было проведено изучение иммунологических особенностей пациентов с астенией и ХСН.

В Таблице 11 приведены результаты анализа иммунологических показателей у пациентов с астенией и ХСН в сопоставлении с нормативными значениями.

Таблица 11 – 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 $\alpha_1$ -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 S100B, 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

В результате проведенного анализа было выявлено статистически значимое повышение функциональной активности  $\alpha_1$ -ПИ и концентрации СРБ по сравнению с нормативными значениями ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$ ).

Определение активности ЛЭ в крови обследованных выявило снижение активности фермента по сравнению с соответствующими нормативными значениями ( $p < 0,05$ ). Пациенты с астенией и ХСН характеризовались

разнонаправленными изменениями соотношения активности ЛЭ и её ингибитора  $\alpha 1$ -ПИ (ЛИИ), достигающего достоверных различий с нормативными показателями ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о наличии воспаления у пациентов с астенией и ХСН. Для пациентов с ХСН, ассоциированной с астенической симптоматикой, характерен низкий лейкоцитарно-ингибиторный индекс, что связано с выявляемой активностью ЛЭ ниже контрольных значений. Сниженная активность ЛЭ, предположительно, может быть связана с функциональной истощенностью нейтрофилов вследствие длительно текущего патологического процесса, а также с выходом этих клеток за пределы сосудистого русла в органы-мишени. Условно, тип воспалительной реакции, характерный для группы пациентов с астенией и ХСН, характеризующийся сниженным протеолитическим потенциалом, можно обозначить как «дисбаланс воспаления».

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).

У пациентов с астенией и ХСН выявлены обратные корреляционные связи между активностью ЛЭ и рядом дименсий MFI-20: общей астенией ( $\rho = -0,42$ ;  $p < 0,001$ ), снижением активности ( $\rho = -0,401$ ;  $p = 0,016$ ), физической активностью ( $\rho = -0,497$ ;  $p < 0,001$ ) и суммарным баллом по шкале астении MFI-20 ( $\rho = -0,472$ ;  $p < 0,001$ ). Получены прямые корреляции между клиническими проявлениями общей астении и концентрацией ИЛ-6 ( $\rho = 0,53$ ;  $p = 0,011$ ), а также СРБ ( $\rho = 0,22$ ;  $p = 0,031$ ) в крови пациентов, а также между этими показателями и возрастом больных ( $\rho = 0,49$ ;  $p = 0,019$  и  $\rho = 0,21$ ;  $p = 0,038$ , соответственно).

Отрицательные корреляционные связи между активностью эластазы и выраженностью астенических расстройств, предположительно, могут отражать

снижение дегрануляционной активности нейтрофилов при развитии астении и свидетельствуют о вовлеченности нейтрофилов в патогенез этих состояний.

Нейтрофилы являются основными эффекторными клетками воспаления. По существу, они участвуют в восстановлении сердца, рекрутируя в очаг повреждения и способствуя разрешению воспаления, что приводит к заживлению сердца и восстановлению тканей. Нарушение своевременной инфильтрации нейтрофилов в сердце и механизмов клиренса может способствовать длительной активации этих клеток, обусловленной, в частности, приобретением фенотипа, ассоциированного со слабовыраженным провоспалительным статусом, с дальнейшим развитием неразрешающегося воспаления и повреждением миокарда [159, 182].

Важно подчеркнуть повышение в крови пациентов с ХСН концентрации ИЛ-6 – ключевого регуляторного цитокина, принимающего участие в поддержании и развитии хронического воспаления [143]. ИЛ-6 считается независимым маркером, связанным с тяжестью сердечной недостаточности, и является предиктором неблагоприятных исходов ХСН, коррелируя с развитием сердечно-сосудистых осложнений и риском смертности [215].

Передача сигналов интерлейкина-6 активирует в печени синтез острофазных белков, и, в первую очередь, СРБ. Этому белку принадлежит важная роль в непосредственном влиянии на кардиомиоциты и нарушении функции эндотелия. СРБ принимает участие в активации комплемента, ингибировании экспрессии эндотелиальной NO-синтазы, рекрутировании моноцитов, повышении риска развития тромбоза, а также синтезе провоспалительных цитокинов. В отличие от других маркеров воспаления, уровень СРБ остается стабильным в течение длительного времени. Он может быть повышен на ранней стадии воспаления сосудов миокарда и преимущественно указывает на риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, выполняя роль предиктора развития недостаточности кровообращения. Однако, по данным ряда авторов, он дает менее конкретную информацию о распространенности воспаления, непосредственно связанного с сердечной недостаточностью и его тяжестью [12, 168].

К настоящему времени известно, что оба воспалительных маркера вносят свой вклад и в развитие астении [206, 221], поэтому, исходя из полученных результатов и корреляций этих показателей с тяжестью астении, можно предположить их вовлеченность в патологический процесс, связанный с повреждением как сердца, так и головного мозга.

По всей видимости, высокая концентрация ИЛ-6 у пациентов с ХСН, а также большая сила корреляционных связей этого показателя с тяжестью астении и возрастом пациентов отражает существенный вклад ИЛ-6 в развитие астенической симптоматики при обсуждаемой кардиологической патологии в сопоставлении с СРБ. Известно, что хроническая астения сопровождается усилением апоптоза нейтрофилов и снижением количества жизнеспособных клеток, увеличением экспрессии на нейтрофилах рецептора ФНО 1 (TNFR1), или рецептора смерти, а также повышением концентрации активированного TGF $\beta$ 1, препятствующего адгезии и миграции этих клеток в очаг повреждения [48]. Одним из факторов, способствующих усилению апоптоза нейтрофилов при развитии хронического воспаления, является ИЛ-6. Кроме того, реализуемое цитокином самоограничение воспалительного ответа и уменьшения количества циркулирующих нейтрофилов крови может происходить за счет снижения их рекрутирования в сердце и замещением на моноклеарные клетки [215].

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что дисбаланс протеазно-ингибиторной системы и нарастание уровня воспаления являются неблагоприятным фактором в плане развития сердечно-сосудистого заболевания, ассоциированного с астенией. Особенности спектров иммунологических показателей связаны с демографическими характеристиками пациентов (полом и возрастом) и отражают тяжесть как кардиологических изменений, так и астенической симптоматики, что может свидетельствовать о патофизиологической роли изучаемых воспалительных медиаторов в развитии астении при ХСН.

Таким образом, полученные результаты и выявленные клинико-биологические взаимосвязи подтверждают роль воспаления в патофизиологии ХСН, ассоциированной с астенией. Выявлена связь между выраженностью клинических проявлений астенического синдрома с активностью протеолитической системы воспаления, определяемой по величине лейкоцитарно-ингибиторного индекса, а также концентрацией ИЛ-6 и СРБ в крови пациентов. Низкая активность протеолитической системы, характерная для пациентов с ХСН с астенией на фоне выраженного повышения других воспалительных маркеров, ассоциирована с длительно текущим патологическим процессом, и может рассматриваться в качестве потенциального биомаркера этого патологического состояния. Высокий уровень антител к S-100B является неблагоприятным фактором, который может усугублять тяжесть течения заболевания у данной категории пациентов.

Определение активности протеолитической системы воспаления, а также концентрации воспалительных маркеров ИЛ-6 и СРБ, может служить дополнительным параклиническим критерием для объективной диагностики и оптимизации терапевтических мероприятий астении у пациентов с хроническими кардиологическими заболеваниями.

Выявленные закономерности дают возможность использовать изученные иммунологические показатели в качестве биомаркеров для выявления астенического синдрома у пациентов с декомпенсированными формами сердечно-сосудистых патологий, а также могут служить основой для разработки новых патогенетически обоснованных алгоритмов терапии этих состояний.

## ГЛАВА 5. ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Для лечения психических расстройств у пациентов с ХСН применяется комплексный подход, направленный на редукцию психической симптоматики, формирование адаптивных убеждений в отношении болезни и мотивации к лечению кардиологической патологии, включающий психофармакотерапию, психотерапию, психокоррекционные методики, в том числе использование структурированных образовательных программ [28, 173, 182].

При подборе психофармакотерапии можно выделить следующие принципы, которые в зарубежной литературе обозначаются акронимом STEPS [104], и у пациентов с ХСН имеют ряд особенностей:

1. **Безопасность/Safety.** Клинические особенности ХСН, наличие широкого ряда фоновых сердечно-сосудистых заболеваний, сопутствующей патологии у пациентов обуславливают определенные ограничения при выборе медикаментозной терапии психических расстройств. Необходимо учитывать возможное негативное влияние психотропных лекарств на функцию сердечно-сосудистой системы, побочные действия в виде увеличения веса, нежелательные лекарственные взаимодействия, принимая во внимание, что ХСН является осложнением основных заболеваний, требующим использование большого количества препаратов разных фармакологических групп.

2. **Переносимость/Tolerability.** ХСН в подавляющем большинстве поражает соматически отягощенные возрастные группы населения, которые могут быть более чувствительны к психофармакотерапии, что следует предусматривать при подборе дозы препаратов.

3. **Эффективность/Efficacy.** Эффективная медикаментозная терапия психических расстройств возможна при условии верификации клинической структуры состояния, а именно синдромальных и нозологических характеристик психической патологии.

4. Доступность (финансовая)/Payment. Принимая во внимания, что в преобладающем большинстве ХСН формируется у пациентов пенсионного возраста, важно учитывать социально-экономические возможности больных.

5. Простота применения/Simplicity. Как было подчеркнуто выше, пациенты с ХСН в большинстве случаев являются возрастными больными, нередко проживающими одни и вынужденными принимать большое количество препаратов разных фармакологических групп, в связи с чем следует избегать полипрагмазии и, по возможности, применять простые схемы приема психотропных препаратов.

Таким образом, в настоящем исследовании алгоритм применения психофармакотерапии у пациентов с ХСН основывался на соотношении эффективности и профиля кардиологической безопасности, учитывая клинико-социальные характеристики больных.

### Антидепрессанты

Ввиду широкой распространенности расстройств депрессивного и тревожного спектра при ХСН наиболее часто в клинической практике из групп психотропных препаратов используются антидепрессанты. Сводные данные по потенциальным рискам возникновения побочных действий в отношении сердечно-сосудистой системы при применении антидепрессантов различных классов у больных с ХСН представлены в Таблице 12 [67, 104, 207, 225, 251].

Таблица 12 – Потенциальные риски применения антидепрессантов у пациентов с ХСН

Антидепрессанты (класс/препарат)	Тахикардия	Брадикардия	Увеличение интервала QT	Жизнеугрожающие желудочковые аритмии	Антиагрегантный эффект	Оценка сердечно- сосудистого риска
1	2	3	4	5	6	7
Трициклические антидепрессанты	+++	+	++	++	0	++++

Продолжение Таблицы 12

1	2	3	4	5	6	7
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина						
Сертралин	+	+	++	0	+	++
Флуоксетин	+	+	++	++	+	++
Эсциталопрам	+	+	++	0	+	++
Циталопрам	+	+	++	++	+	++
Пароксетин	+	+	++	++	+	0
Флувоксамин	+	+	++	0	+	0
Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина						
Венлафаксин	++	0	+	+	+	+++
Антагонисты пресинаптических $\alpha_2$ -адренорецепторов и постсинаптических серотониновых рецепторов						
Миртазапин	0	0	+	+	0	+
Ингибиторы обратного захвата серотонина/антагонисты серонина						
Тразадон	+	+	+	+	0	0
Мультимодальные						
Вортиоксетин	0	0	+	0	0	+
Агонисты мелатониновых рецепторов/антагонисты серотониновых 5-HT <sub>2C</sub> рецепторов						
Агомелатин	0	0	0	0	0	0
<i>Примечание:</i> ++++ часто (>10%), +++ средне (6-10%), ++ редко (2-5%), + очень редко (< 1%), 0 = нет/нет сообщений.						

Учитывая спектр потенциальных неблагоприятных побочных эффектов трициклических антидепрессантов (повышенный риск развития инфаркта миокарда, возникновения ортостатической гипотензии, нарушение проводимости и увеличения частоты сердечных сокращений), следует избегать их назначение пациентам с ХСН [19, 85, 126, 222].

К настоящему времени имеются данные, что применение антидепрессантов класса СИОЗСН может спровоцировать ухудшение течения или декомпенсацию ХСН [235]. Однако результаты большого когортного ретроспективного

исследования показали, что венлафаксин ассоциировался с низким риском усугубления сердечной недостаточности и не повышал сердечно-сосудистый риск в целом по сравнению с сертралином [62]. При этом учитывая ограниченное количество исследований в отношении применения СИОЗСН у пациентов с ХСН, антидепрессанты данного класса не являются препаратами выбора для лечения психических расстройств при ХСН.

Наиболее изученными и безопасными антидепрессантами, назначаемые пациентам с кардиологической патологией, являются СИОЗС. Из-за минимального сродства к адренергическим рецепторам и натриевым каналам СИОЗС обычно не вызывают ортостатической гипотензии и не влияют на внутрижелудочковую проводимость. При этом СИОЗС обладают определенными возможными побочными действиями на сердечно-сосудистую систему, что необходимо учитывать, назначая их больным с ХСН и другими кардиологическими заболеваниями, на фоне которых она сформировалась. Во-первых, препараты данного класса связаны с умеренным влиянием на интервал QT, при этом циталопрам и эсциталопрам, по-видимому, вызывают наибольшее удлинение интервала QTc [174], которое связано с риском развития жизнеугрожающей желудочковой аритмии по типу torsades de pointes (типа «пируэт»). Однако общая величина удлинения интервала QT очень мала и не имеет большого клинического значения у подавляющего большинства пациентов [210], кроме того, сертралин, пароксетин и флуоксетин практически не влияют на интервал QT [174, 209]. Во-вторых, СИОЗС ингибируют агрегацию/активацию тромбоцитов, что может увеличить риск кровотечения, особенно у пациентов, которым назначают другие антикоагулянты [198, 227], например, при лечении ФП, являющейся частой причиной развития ХСН. В-третьих, некоторые антидепрессанты, несмотря на низкий сердечно-сосудистый риск, в частности пароксетин, влияют на повышение веса, что крайне нежелательно для больных с ХСН.

Среди антидепрессантов других групп можно выделить Вортиоксетин и Агомелатин с наиболее благоприятным профилем кардиологической безопасности для лечения психических расстройств при ХСН [104, 173].

При назначении антидепрессантов следует учитывать нежелательные лекарственные взаимодействия между психофармакопрепаратами и кардиотропными средствами, особенно принимая во внимания, что больные ХСН вынуждены принимать большое количество лекарственных средств – см. Таблицу 13 [25, 104, 144, 170].

Таблица 13 – Нежелательные в аспекте кардиологической безопасности лекарственные взаимодействия между психофармако- и кардиотропными препаратами, применяемыми у пациентов с ХСН

Психофармакопрепарат/ класс препаратов	Кардиотропный препарат/класс препаратов	Клинический эффект/ необходимые действия
ТЦА	Клонидин	гипертонический криз; избегать комбинированного назначения
ТЦА Флувоксамин Флуоксетин	Кинидин Флекаинид Верапамил	удлинение интервала QT; избегать комбинированного назначения
ТЦА Флувоксамин Флуоксетин Пароксетин Сертралин	Варфарин	повышение протромбинового времени; контроль МНО
Флуоксетин	Метапролол Пропраналол	брадикардия; контроль частоты сердечных сокращений
Флувоксамин	Ингибиторы редуктазы ГМГ-КоА (статины) Дилтиазем Нифедипин Валсартан Ирбесартан Лозартан	подавление метаболизма; избегать комбинированного назначения

Общим механизмом метаболизма лекарственных средств является их взаимодействие с системой цитохрома P450. Однако не все классы антидепрессантов в равной степени взаимодействуют с системой цитохрома P450. Так, флувоксамин взаимодействует со всеми основными изоферментами P450. Флуоксетин и пароксетин являются мощными ингибиторами изофермента 2D6, который непосредственно участвует в метаболизме ряда важных лекарственных

средств, и его ингибирование может привести к задержке метаболизма, более высоким концентрациям препарата в сыворотке и возможной токсичности изофермента 2D6. Циталопрам, сертралин и венлафаксин обладают наименьшим потенциалом взаимодействия, опосредованного через систему цитохрома P450.

Таким образом, несмотря на широкий спектр антидепрессантов, наличие ХСН и других кардиологических заболеваний, на фоне которых она сформировалась, значительно ограничивают выбор препаратов для лечения психических расстройств при обсуждаемой соматической патологии.

### **Нейролептики**

Показаниями к назначению нейролептиков у пациентов с ХСН являются шизофрения и расстройства шизофренического спектра, биполярное аффективное расстройство, а также психотические состояния. Ввиду того, что данные нозологии относятся к критериям исключения настоящего исследования, не было целесообразности в назначении нейролептиков.

При этом отдельно следует выделить препарат алимемазин, относящийся к типичным нейролептикам и обладающий оригинальным спектром психотропной активности. Препарат является низкопотентным в отношении продуктивной психотической симптоматики, при этом характеризуется выраженным противотревожным и вегетостабилизирующим действием, а также обладает тимоаналептической активностью. Алимемазин имеет относительно безопасный кардиологический профиль и вызывает лишь редкие нежелательные явления в виде умеренной гипотензии и тахикардии. Применение алимемазина допускается в геронтологической практике и у соматически ослабленных пациентов [35, 56]. Таким образом, возможно назначение данного препарата у пациентов с ХСН под контролем артериального давления и частоты сердечных сокращений.

### **Анксиолитики**

Несмотря на то, что транквилизаторы бензодиазепинового ряда практически не вызывают тяжелые кардиоваскулярные побочные действия, а даже, напротив, могут оказывать благотворное влияние на сердечно-сосудистую систему, включая снижение конечного диастолического давления в левом желудочке и

антиаритмические эффекты, их применение у пациентов с ХСН имеет ряд ограничений [149]. Во-первых, бензодиазепиновые анксиолитики могут вызывать угнетение дыхания, поэтому следует использовать их с осторожностью у пациентов с декомпенсацией ХСН. Во-вторых, больные с ХСН представляют собой в основном когорту возрастных пациентов, у которых использование обсуждаемой группы препаратов может снижать артериальное давление, а также ассоциируется с падениями и спутанностью сознания [74, 95, 99]. И наконец, применение транквилизаторов бензодиазепинового ряда сопряжено с риском злоупотребления или формирования лекарственной зависимости [67].

Среди противотревожных препаратов, характеризующихся безопасностью применения у пациентов кардиологического профиля, выделяют анксиолитики небензодиазепинового ряда, такие как этифоксин и гидроксизин [7, 49].

Психотерапевтические методы лечения психических расстройств при ХСН направлены на изменения когнитивного восприятия и отношения к хронической кардиологической патологии, а также формирования адаптивного поведения в болезни.

К настоящему времени количество исследований, посвященных изучению психотерапевтических методик среди больных с ХСН ограничены. Одним из наиболее изученных направлений психотерапии, применяемых у пациентов с ХСН, является когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) [207]. Согласно результатам мета-анализа, включающего пять рандомизированных контролируемых испытаний и одно обсервационное исследование, использование КПТ при депрессивных расстройствах у пациентов с ХСН оказывает хотя и небольшое, но статистически значимое положительное влияние в отношении редукции депрессивных симптомов, а также повышения качества жизни больных [123]. Положительный эффект применения КПТ относительно депрессивной симптоматики при ХСН был подтвержден и данными недавно проведенного мета-анализа, однако влияние методик КПТ на качество жизни пациентов с ХСН был незначительным и полностью отсутствовало влияние на физическое состояние больных, определяемое согласно тесту 6-минутной ходьбы [107, 124]. Однако

существуют данные, свидетельствующие о перспективности дополнения преимуществ использования КПТ структурированными программами упражнений [86, 89].

На поздних стадиях ХСН в рамках оказания паллиативной помощи требуется использование других психотерапевтических подходов, а не КПТ [129, 172]. Однако, учитывая критерии включения/невключения настоящего исследования и отсутствие пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, данная проблематика детально не рассматривалась.

Эффективность другого широкого направления психотерапии, такого как психодинамическое, не было систематически исследовано в достаточно большой выборке пациентов с ХСН [173].

### **Результаты терапии психических расстройств у пациентов с ХСН**

На момент обследования в клинико-психопатологической выборке все пациенты нуждались в комплексном лечении, включающем применение психофармакотерапии и психотерапевтических методик. Терапевтическую выборку составили 81 пациент<sup>41</sup> (67,9%), давших добровольное информированное согласие на проведение психофармакологического и психотерапевтического лечения и завершивших полный курс терапии. Невысокий процент включения пациентов в терапевтическую выборку обосновывается тем, что больше половины наблюдений психических расстройств при ХСН составили диссоциативные расстройства (76 наблюдений, 62,8%), характеризующиеся крайне низкой приверженностью лечению.

Выбор психофармакотерапии, а также методик психотерапевтического лечения осуществлялся с учетом клинической структуры психопатологического синдрома.

Длительность терапии определялась персонифицированно в зависимости от редукции психопатологической симптоматики, а также течения ХСН. Средняя

---

<sup>41</sup> Распределение пациентов в зависимости от варианта психического расстройства было следующим: диссоциативные расстройства по типу compartment – 28 наблюдений; диссоциативные расстройства по типу detachment – 11 наблюдений; тревожные расстройства – 27 наблюдений; депрессивные расстройства – 15 наблюдений.

длительность курсового лечения, включающего медикаментозный (биологический) и немедикаментозный (психотерапия) подходы и проводимого в кардиологическом отделении и амбулаторно, составила в среднем  $7,4 \pm 3,9$  недели.

Оценка безопасности терапии психотропными препаратами предполагала регистрацию нежелательных явлений на всех этапах лечения. На фоне проводимой терапии не наблюдались побочные действия или симптомы нежелательного лекарственного взаимодействия с кардиотропными препаратами, требующие преждевременной отмены психофармакотерапии. 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 краковременный характер и не требовали коррекции, в 5 наблюдениях была проведена замена препарата: антидепрессанты группы СИОЗС на вортиоксетин, агомелатин; гидроксизин на этифоксин.

Эффективность проводимой терапии оценивалась с помощью шкалы общего клинического впечатления (CGI), а также соответствующих психометрических методик в зависимости от психопатологической структуры (Шкала депрессии Бека (BDI<sub>I</sub>), Краткий опросник тревоги о здоровье (SHAI), Шкала диссоциации (DES)). Каждый пациент изучаемой выборки наблюдался в течение 6-8 недель, оценка ответа на терапию производилась на основании динамики психопатологической симптоматики на 5, 10, 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.

Определение суточной дозировки препаратов производился согласно современным данным о безопасности дозирования психофармакотерапии в кардиологии [19, 157, 196]. Титрация дозировок лекарственных средств проводилась в соответствии с эффективностью и безопасностью и предполагала медленное увеличение суточной дозировки с интервалом не менее 1-2 недель

терапии до достижения минимальной дозировки, достаточной для достижения ответа на психофармакотерапию.

В Таблице 14 приведены результаты проведенного исследования эффективных дозировок психотропных препаратов для лечения психических расстройств у пациентов с ХСН. Использованные дозы для превалирующего количества психотропных средств находятся в пределах средних значений, что детерминировано достаточно высоким терапевтическим эффектом в силу возрастных особенностей пациентов, а также соматической отягощенности.

Таблица 14 – Суточные дозировки препаратов, применявшихся для терапии психических расстройств у пациентов с ХСН

Группы психотропных препаратов	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

Все пациенты терапевтической выборки наряду с приемом психофармакотерапии проходили курс психотерапии, включающий психообразование, а также непосредственно терапевтические сессии. Курс психотерапии проводился в рамках КПТ, наиболее изученном и эффективном направлении для работы с пациентами с ХСН [207]. Психотерапевтические сессии проходили 1 раз в неделю продолжительностью 50 минут на протяжении 8 недель.

В Таблице 15 представлены основные технологии для реализации психотерапевтического лечения психических расстройств у пациентов с ХСН.

Таблица 15 – Технологии психотерапевтического воздействия

Психическое расстройство	Основной фокус внимания	Технологии
Диссоциативные расстройства	Включение заботы о здоровье, как основного источника социального и личностного функционирования	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Развитие надлежащего внимания к телесной сфере с формированием адекватного образа тела.</li> <li>2. Разъяснение в безоговорочной форме негативных последствий ХСН при несоблюдении рекомендаций.</li> <li>3. Выявление индивидуально значимых аспектов жизни (работа, хобби, социальная активность и пр.).</li> <li>4. Убеждение в необходимости лечения для сохранения активности приоритетных занятиях.</li> <li>5. Привлечение родственников при необходимости контроля лечения.</li> </ol>
Тревожные расстройства	Снижение уровня тревоги	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Уменьшение катастрофизации любых телесных симптомов.</li> <li>2. Снижение интенсивности ипохондрического самонаблюдения.</li> <li>3. Развитие интереса к видам деятельности, не связанной со здоровьем.</li> <li>4. Разграничение кардиологических симптомов и телесных сенсаций, вызванных психическим состоянием.</li> <li>5. Коррекция представлений о сердечном заболевании с прицельным выявлением основных неправильных убеждений об утяжелении или расширении симптомов ХСН.</li> <li>6. Проведение разъяснительной беседы возможных побочных эффектов кардиотропных препаратов, их неопасности и пояснение правильных действий при их возникновении.</li> <li>7. Формирование установки на поддержание должного уровня работоспособности и представлений об адекватной и не опасной физической нагрузке в соответствии с рекомендациями врача.</li> </ol>
Депрессивные расстройства	Повышение мотивации к терапии	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Формирование мотивации путем акцентирования внимания на достижениях в медицине в области кардиологии.</li> <li>2. Активное использование примеров из клинической практики пациентов со схожими историями болезни и благополучным течением при соблюдении рекомендаций.</li> <li>3. Предоставление развернутой и доступной информации о возможных средствах сохранения достаточного и комфортного уровня активности.</li> <li>4. Построение перспектив дальнейшего поведения в сложившейся ситуации соматического заболевания.</li> </ol>

Для терапии **диссоциативных расстройств по типу compartment** (28 наблюдений) с целью купирования тревожной симптоматики в структуре диссоциации использовались транквилизаторы. В случае фоновой персистирующей тревоги, возникающей преимущественно в дневное время, применялся этифоксин (50-150 мг/сут), при усилении тревожной симптоматики в вечернее время, расстройствах сна, сочетающихся с руминациями, назначался гидроксизин (12,5-25 мг/сут), а также противотревожный нейролептик алимемазин (2,5-5 мг/сут), допустимый для использования в кардиологической практике [35, 56].

Психотерапевтическое лечение 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 психокоррекционных методик и психотерапевтических техник, 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 18,2%

(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 (сертралин 50-100 мг/сут) [77, 232]. Сертралин не оказывает влияния на артериальное давление, не способствует набору веса, что крайне важно у больных с ХСН, а также практически не воздействует на изменения интервала QT [174, 209]. В первые 10-14 дней в 10 наблюдениях для более эффективного купирования тревожно-фобической симптоматики в виде явлений тревоги о здоровье, страха негативных последствий ХСН, панических атак, явлений генерализованной тревоги в схему терапии антидепрессантом включалось назначение анксиолитиков (этифоксин 100-150 мг/сут, гидроксизин 12,5-25 мг/сут) [7, 49]. В 9 наблюдениях ввиду превалирования в клинической картине стойкой ипохондрической симптоматики, реализующейся обостренным самонаблюдением, патологической фиксацией на кардиологическом состоянии, убежденностью в неблагоприятном исходе ХСН даже при удовлетворительных результатах диагностических процедур, с целью аугментации потребовалось назначение нейролептика с выраженным противотревожным и вегетостабилизирующим эффектом (алимемазин 2,5-5 мг/сут), безопасного для лечения у больных кардиологического профиля [35, 56].

Психотерапевтическое лечение было направлено на выявление дисфункциональных убеждений о ХСН, уменьшение катастрофизации при возникновении любых телесных симптомов (одышка, утомляемость и т.д.) 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, ориентированным на формирование навыков самостоятельного снижения интенсивности выраженности тревоги.

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 (сертралин 50-150 мг/сут, эсциталопрам 5-10 мг/сут, вортиоксетин 10-20 мг/сут, агомелатин 25-50 мг/сут). Ввиду преобладания в клинической выборке синдромально астено-апатических депрессий в исследовании широко применялись антидепрессанты с активирующим действием (эсциталопрам 5-10 мг/сут, вортиоксетин 10-20 мг/сут).

Психотерапевтическое лечение заключалось в поведенческой активации, формировании мотивации к лечению.

К 8 неделе во всех наблюдениях был зарегистрирован ответ на терапию, что подтверждалось результатами данных шкалы CGI («очень значительное улучшение» / «значительное улучшение»), а также снижением баллов по Шкале депрессии Бека с  $21,6 \pm 4,4$  до  $8 \pm 1,2$ . Доля респондеров составила 64,7% (11 наблюдений).

В результате комплексного лечения психических расстройств у пациентов с ХСН, включающего психофармакотерапию и психотерапию, была выявлена высокая доля респондеров – см. Таблицу 16.

Как видно на Рисунке 4, если расстройства тревожного и депрессивного спектра характеризуются положительным ответом на лечение, то ответ на терапию диссоциативных расстройств по типу compartment был зарегистрирован только в половине наблюдений, диссоциативных расстройств по типу detachment – лишь в 18,1% случаев.

Таблица 16 – Сравнительные показатели ответа на комплексную терапию различных психических расстройств у пациентов с ХСН

Психическое расстройство	Психофармакотерпия/ группа препаратов	Основной фокус внимания психотерапии	Доля респондеров к 6-8 неделе терапии, %
Диссоциативные расстройства по типу compartment	Транквилизаторы, противотревожный нейролептик – алимемазин	Включение заботы о здоровье, как основного источника социального и личностного функционирования	46,4
Диссоциативные расстройства по типу detachment	–		18,1
Тревожные расстройства	СИОЗС – сертралин, противотревожный нейролептик – алимемазин	Снижение уровня тревоги	74,0
Депрессивные расстройства	СИОЗС, вортиоксетин, агомелатин	Повышение мотивации к терапии	64,7

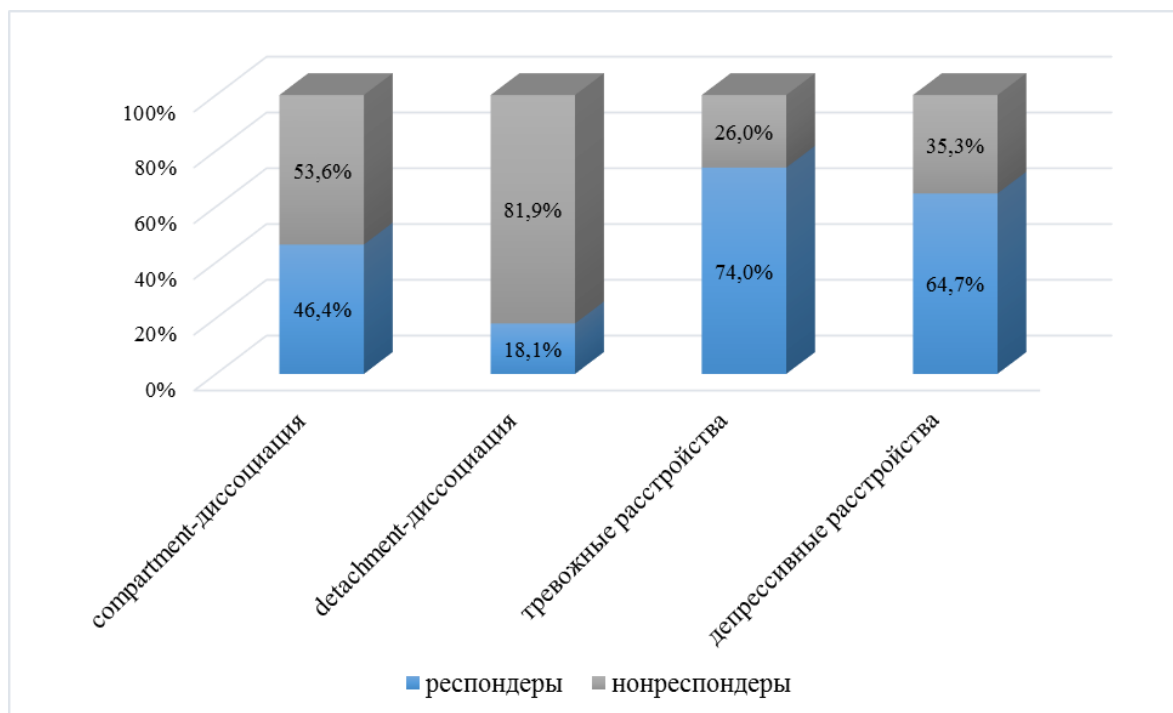


Рисунок 4 – Доля респондеров к 8 неделе терапии психических расстройств у пациентов с ХСН

Определены целевые терапевтические дозировки психотропных препаратов, а также описаны психокоррекционные методики для лечения гетерогенных психических расстройств у пациентов с ХСН. Продемонстрирован ответ на терапию психических расстройств при ХСН.

При оценке эффективности комплексного подхода терапии психической патологии при ХСН была выявлена высокая доля респондеров среди больных с расстройствами тревожного и депрессивного спектра, compartment-диссоциацией, и лишь в половине случаев с detachment-диссоциацией.

Отдельно описаны возможные терапевтические мероприятия, направленные на коррекцию астенических расстройств.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность изучения психических расстройств при ХСН детерминирована рядом факторов. ХСН широко распространена не только среди возрастных групп населения (до 10%), но и также среди более молодых лиц трудоспособного возраста (1-2%) [22, 55, 87, 197, 234]. Кроме того, отмечается, неуклонный рост заболеваемости, а также увеличение доли пациентов с тяжелой ХСН высокого ФК по NYHA [22, 53].

Наряду с основными факторами риска прогрессирования ХСН, выделяют и психические расстройства (депрессивные, тревожные, когнитивные), ассоциирующиеся с низким качеством жизни, увеличением количества госпитализаций и повышенной смертностью, что нашло отражение и в последних клинических рекомендациях по ХСН Европейского общества кардиологов 2021 [11, 22, 24, 55, 87, 102, 110, 117, 173, 245, 246].

По данным литературы среди психической патологии при ХСН наиболее изученными и широко распространенными являются расстройства депрессивного (13-77,5%) и тревожного (6,3-72,3%) спектра [102, 203, 214]. Такой широкий диапазон распространенности депрессии и тревоги 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).

Согласно большому количеству исследований депрессия и тревога негативно влияют на качество жизни пациентов с ХСН, а в ряде работ депрессивные расстройства рассматриваются даже как более значимый фактор снижения качества жизни, чем тягостные симптомы непосредственно ХСН [70, 91, 105, 167, 200, 202, 249].

Важным аспектом изучения психических расстройств при ХСН является исследование их влияния на течение и прогноз кардиологического заболевания посредством дезадаптивных поведенческих паттернов. Если в отношении

депрессивных расстройств существует целый ряд исследований, свидетельствующих о сопряженности симптомов депрессии, таких как снижение мотивации, повышенная утомляемость, снижение концентрации внимания и сосредоточения, с низкой приверженностью медикаментозному лечению, а также снижением физической активности, курением и употреблением алкоголя, то относительно тревоги такая взаимосвязь неоднозначна, и существуют полярные мнения о влиянии тревоги на приверженность пациентов с ХСН [24, 33, 38, 64, 66, 111, 116, 138, 192].

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) [18]. Учитывая клиническую значимость диссоциативных расстройств, не вызывает сомнений ценность их исследования и в кардиологической практике. Однако круг сердечно-сосудистых заболеваний, выступающих в качестве триггера манифестации диссоциативных расстройств, исчерпывается фибрилляцией предсердий, пред- и послеоперационным периодом аортокоронарного шунтирования, тогда как сведения о диссоциативных расстройствах при ХСН ограничиваются лишь отдельными сообщениями, несмотря на имеющиеся данные о достаточно широкой распространенности пациентов, недооценивающих тяжесть своего состояния [37, 44, 193].

Отдельной значимой проблемой при изучении психической патологии при ХСН является астения, представляющая собой транснозологический 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

[133, 135, 245]. Так, в ряде исследований была продемонстрирована корреляция между астенией и частыми госпитализациями, а также повышенным уровнем смертности [141]. Также нередко у больных отмечается симптоматика астении еще до формирования развернутой клинической картины декомпенсации ХСН [122]. При этом верификация астении при ХСН может вызывать определенные трудности. Таким образом, у пациентов, страдающих от симптомов ХСН с депрессивными расстройствами, которые, как было указано выше, широко представлены в данной когорте больных, может наблюдаться перекрывание симптоматики, приводящей к определенным диагностическим трудностям астении в рутинной практике врачей-интернистов. С другой стороны, больные с диссоциативными расстройствами, напротив, могут игнорировать проявления астении, что может приводить к частым декомпенсациям и усугублению течения ХСН. Таким образом, для своевременной верификации астении, исключаяющей возможное искажение восприятия симптоматики пациентами, необходима объективная методика, однако в настоящее время астения диагностируется на основании субъективных жалоб больных и результатов психометрического обследования.

Таким образом, актуальным представляет 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 [67, 198, 210, 227, 243].

Комплексное и детализированное изучение особенностей клинической картины психических расстройств невозможно без учета вклада личностного профиля в их формирование. Однако к настоящему времени крайне ограничено количество работ, посвященных изучению личностных характеристик больных с ХСН, а полученные результаты являются неоднозначными. В подавляющем большинстве исследований рассматриваются особенности влияния личности типа D на течение и прогноз ХСН преимущественно с использованием

психометрического метода, и лишь немногочисленные исследования посвящены изучению характеристик личностного профиля в рамках психопатологического подхода с проведением развернутого клинико-психопатологического обследования [34, 194, 257, 262].

Настоящее двухцентровое исследование выполнено в период с 2019 по 2020 гг. на базе Университетской клинической больницы №1 (главный врач – к.м.н. Д.В. Бутнару) ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (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 Института клинической медицины им. Н. В. Склифосовского (и.о. зав. каф. – д.м.н. Б.А. Волель) и кафедры кардиологии, функциональной и ультразвуковой диагностики Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского (зав. каф. – д.м.н. Д.А. Андреев).

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 – трансозологического конструкта, характерного как для ХСН, так и коморбидных депрессивных расстройств). Для изучения патогенеза астении, а также объективизации возможных диагностических мероприятий применялось иммунологическое обследование, проводимое сотрудниками лаборатории нейробиологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор – д.м.н. Ю.А. Чайка).

I этап исследования - скрининг психических расстройств среди пациентов с ХСН, проходивших стационарное лечение в клинике кардиологии Университетской клинической больницы №1 (зав. отделением – д.м.н., проф.

Д.А. Андреев) и отделении для больных с ХСН и легочной гипертензией Городской клинической больницы №51 (к.м.н., доцент Е.Н. Данковцева), давших добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Процедура скрининга включала использование Госпитальной шкалы депрессии и тревоги (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) и Шкалы диссоциации (Dissociative Experience Scale, DES), по итогу которой были сформированы две группы пациентов: 1-ая группа – больные с депрессивными, тревожными и диссоциативными расстройствами; 2-ая группа – пациенты без расстройств депрессивного, тревожного и диссоциативного спектра.

II этап исследования – комплексное обследование, в результате которого на основании 1-ой группы скрининга была сформирована клиничко-психопатологическая выборка, составившая 121 наблюдение с психическими расстройствами, на основании 2-ой группы скрининга с целью изучения и проведения дифференциальной диагностики астении как симптома ХСН и коморбидных психических расстройств – клиничко-иммунологическая выборка, представляющая 62 наблюдения.

Критерии включения клиничко-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 (I50 по МКБ-10);

- наличие одного из психических расстройств согласно критериям МКБ-10:

- г) депрессивные расстройства: депрессивный эпизод – F32; рекуррентное депрессивное расстройство – F33; дистимия – F34.1; короткая депрессивная реакция – F43.20; пролонгированная депрессивная реакция – F43.21; органические расстройства настроения – F06.3

- д) тревожные расстройства: паническое расстройство – F41.0; генерализованное тревожное расстройство – F41.1; другие реакции на тяжелый

стресс (нозогенная реакция с тревожной симптоматикой) – F43.8;  
соматизированное расстройство – F45.0;

е) диссоциативные расстройства: другие реакции на тяжелый стресс (нозогенная реакция с диссоциативной симптоматикой) – F43.8.

Критерии невключения клинико-психопатологической выборки:

– сопутствующие неврологические и другие соматические заболевания, клиническая картина которых может включать астению: старческая астения/слабость (R54); переутомление (Z73.0); системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему (G10-G13); экстрапирамидные и другие двигательные нарушения (G20-G26); другие дегенеративные болезни нервной системы (G30-G32); демиелинизирующие болезни центральной нервной системы (G35-G37); полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы (G60-G64); болезни нервно-мышечного синапса и мышц (G70-G73); другие нарушения нервной системы (G90-G99); нарушения функционирования щитовидной железы (E00-E07); онкологическое заболевание (C00-C97); системные поражения соединительной ткани (M30-M36); саркоидоз (D86); другая хроническая обструктивная легочная болезнь (J44); астма (J45); другие виды гиперсекреции коры надпочечников (E27); болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (анемии, связанные с питанием – D50-D53; гемолитические анемии – D55-D59; апластические и другие анемии – D60-D64; нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния – D65-D69; другие болезни крови и кроветворных органов – D70-D77; отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм – D80-D89);

– обострение воспалительных и инфекционных заболеваний в течение 2 месяцев до начала обследования;

– состояния тяжелой соматической декомпенсации, препятствующие выполнению полноценного психопатологического обследования;

– шизофрения: параноидная – F20.0, гебефреническая – F20.1, кататоническая – F20.2; хронические бредовые расстройства – F22; острые психотические расстройства – F23; шизоаффективные расстройства – F25;

– биполярное аффективное расстройство – F31;

– органические психические расстройства: деменция при болезни Альцгеймера – F00, сосудистая деменция – F01; деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках – F02; деменция неуточнённая – F03; органический амнестический синдром – F04; делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами – F05; органический галлюциноз – F06.0; органическое кататоническое состояние – F06.1; органическое бредовое шизофреноподобное расстройство – F06.2;

– психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ: острая интоксикация – F01.x0; абстинентное состояние с делирием – F01.x4; психотическое расстройство – F01.x5; амнестический синдром – F01.x6.

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 (I50 по МКБ-10);

– 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: старческая астения/слабость (R54); переутомление (Z73.0); системные атрофии, поражающие преимущественно центральную нервную систему (G10-G13); экстрапирамидные и другие двигательные нарушения (G20-G26); другие дегенеративные болезни нервной системы (G30-G32); демиелинизирующие болезни центральной нервной

системы (G35-G37); полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы (G60-G64); болезни нервно-мышечного синапса и мышц (G70-G73); другие нарушения нервной системы (G90-G99); нарушения функционирования щитовидной железы (E00-E07); онкологическое заболевание (C00-C97); системные поражения соединительной ткани (M30-M36); саркоидоз (D86); другая хроническая обструктивная легочная болезнь (J44); астма (J45); другие виды гиперсекреции коры надпочечников (E27); болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (анемии, связанные с питанием – D50-D53; гемолитические анемии – D55-D59; апластические и другие анемии – D60-D64; нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния – D65-D69; другие болезни крови и кроветворных органов – D70-D77; отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм – D80-D89);

– обострение воспалительных и инфекционных заболеваний в течение 2 месяцев до начала обследования;

– состояния тяжёлой соматической декомпенсации, препятствующие выполнению полноценного психопатологического обследования.

В исследовании применялись клинический (кардиологическое обследование) и психопатологический методы, дополненные психометрическим обследованием. Также проводилось иммунологическое обследование с определением ряда воспалительных и аутоиммунных маркеров с целью изучения патогенеза астении.

На основе клинико-психопатологической выборки была сформирована терапевтическая выборка среди пациентов, давших добровольное информированное согласие на проведение психофармакологического и психотерапевтического лечения и завершивших полный курс терапии и составивших 81 наблюдение.

В работе использовались статистические методы обработки данных: критерий Колмогорова-Смирнова, двухсторонний критерий Фишера, непараметрический критерий U-test Манна-Уитни, ранговый тест Краскелла-Уоллиса. Достоверным считался уровень значимости  $p < 0,05$ .

## Результаты исследования

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

Пациенты практически равномерно распределялись в зависимости от гендерной принадлежности (52,9% женщины, 47,1% мужчины), что согласовывалось с рядом исследований. Существующие противоречия эпидемиологических данных в отношении гендерных аспектов определяются тем, что ХСН является осложнением ряда соматических и большинства кардиологических заболеваний и зависят от множества факторов, таких как этиология ХСН, возраст и др. Средний возраст больных был несколько ниже эпидемиологических сведений и составил  $64,2 \pm 4,5$  года, что объясняется критериями невключения в виде исключения пациентов с когнитивными расстройствами, которые в преобладающем большинстве являются возрастными, а также тем, что половина выборки состояла из мужчин, для которых характерна более ранняя верификация ХСН по сравнению с женщинами.

Анализ социального статуса показал высокий уровень адаптации больных (67,7% состояли в браке, 52,0% имели среднее техническое и 39,7% высшее образование). Ввиду возрастных особенностей изучаемой когорты пациентов, больше половины больных (67,8%) находилась на пенсионном обеспечении.

Средняя продолжительность ХСН от верификации до включения пациентов в исследование составила  $4,5 \pm 3,1$  лет со средней частотой госпитализаций в год в связи с декомпенсацией ХСН  $2,6 \pm 1,4$ . Наиболее часто среди основных кардиологических патологий выделялись гипертоническая болезнь (77,7%) и фибрилляция предсердий (61,9%), что частично соотносится с данными литературы.

Пациенты практически равномерно распределялись в зависимости от стадии ХСН (II А – 48,8%, II В – 51,2%) и ФВ ЛЖ (сохраненная – 38,9%, промежуточная – 26,4% и сниженная – 34,7%). У большинства пациентов (62,8%) определялся III

ФК по NYHA, несколько реже наблюдались более тяжелые пациенты с IV ФК по NYHA (22,3%), и лишь для 18 больных (14,9%) был характерен II ФК по NYHA.

В преобладающем количестве наблюдений (74,4%) проводилось консервативное лечение, однако в 25,6% случаев требовалось проведение кардиохирургического вмешательства в виде сердечной ресинхронизирующей терапии, а в ряде наблюдений даже трансплантации сердца.

В рамках исследования была выдвинута **рабочая гипотеза** о том, что гетерогенная клиническая картина психических расстройств при ХСН, ассоциирующихся с дезадаптивными паттернами поведения различной степени выраженности, определяется соучастием особенностей кардиологического заболевания и личностных характеристик.

В изучаемой клинической выборке в больше половины случаев диагностировались диссоциативные расстройства (62,8%), реже верифицировались расстройства тревожного – 23,2% и депрессивного спектра – 14%, что отличает распределение психических расстройств при ХСН от других сердечно-сосудистых патологий, при которых частота встречаемости диссоциативных расстройств имеет более низкий показатель. Невысокий процент доли пациентов с расстройствами депрессивного и тревожного спектра частично согласуется с предыдущими исследованиями [117] 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%), 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. Так, если в университетской больнице пациенты

проходят плановое лечение преимущественно с невысоким ФК по NYHA, то в городскую больницу госпитализируются пациенты в том числе и экстренно в тяжелом состоянии с высокими ФК по NYHA.

**Диссоциативные расстройства** (76 наблюдений, 40 мужчин, 36 женщин, ср. возраст  $64,4 \pm 12,7$ ). Пациенты с диссоциативными расстройствами практически равномерно накапливались в зависимости от гендерного фактора (мужчины – 40 наблюдений, 52,6%).

Диссоциативные расстройства наблюдаются преимущественно у пациентов с относительно не длительным ( $3,2 \pm 3,8$  лет), но тяжелым течением, о чем свидетельствует преобладание больных с III (44 наблюдения, 57,9%) и IV (22 наблюдения, 29,0%) ФК по NYHA со сниженной (28 наблюдений, 36,8%) и «промежуточной» (18 наблюдений, 23,7%) ФВ ЛЖ и частыми госпитализациями в связи с декомпенсацией ХСН (среднее значение  $3,2 \pm 1,7$  в год). Вопреки тяжелому соматическому состоянию пациентов инвалидность по кардиологическому заболеванию наблюдалась только 25,0% случаев.

Клинико-психопатологическая картина диссоциативных реакций реализовывалась гетерогенными симптомокомплексами, что позволило в соответствии с традиционным пониманием диссоциативных расстройств, описанных в более ранних работах, выделить два типа: компартмент (compartment) и детачмент (detachment) [14, 69].

**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 [30].

Несмотря на наличие неизлечимой и жизнеугрожающей сердечно-сосудистой патологии, пациенты храбрятся, демонстрируют нарочитое отрицание волнения, беспокойства в отношении здоровья. Верифицированный диагноз воспринимается как временный, а симптомы интерпретируются в соответствии с собственным представлением о соматическом состоянии организма (одышка,

даже усугубляющаяся, нарастающие отеки воспринимались как следствие повышения веса в связи с алиментарной причиной; снижение толерантности к нагрузкам трактовалось как следствие возрастных изменений).

Пациенты отрицают и проявления астенического симптомокомплекса, характерного для абсолютного большинства пациентов с тяжелым течением ХСН. При этом данные объективных исследований и опрос родственников показывают, что больные быстро устают, истощаются, вынужденно делают длительные перерывы на отдых при выполнении привычной бытовой деятельности.

При этом в периоды тяжелой декомпенсации за фасадом наигранного оптимизма и бравады отмечается тревожная симптоматика, реализующаяся страхом и тревогой за здоровье (страх необратимости симптомов сердечно-сосудистой патологии, вынужденного изменения привычного образа жизни и необходимости оформления инвалидности). 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 ограничиваются возможными негативными последствиями ХСН.

Таким образом, наблюдается диссоциация между тревогой за здоровье без аффективных колебаний и демонстративно-пренебрежительным отношением к течению и прогнозу кардиологического заболевания.

Формирование диссоциации по типу compartment преимущественно характерно для лиц с гипертимной и истерической акцентуациями. Такие личностные характеристики как оптимизм, конституционально повышенный фон настроения, а также избегание стрессовых ситуаций, патологическое принятие желаемого за действительное отражаются и в реакции на болезнь в виде бравады, недооценки тяжести соматического состояния с явлениями латентной тревоги.

Искаженное видение своего соматического состояния и ошибочное понимание кардиологического заболевания ассоциируется с низкой приверженностью лечению. Больные игнорируют необходимость изменения образа жизни, соблюдение рекомендованной диеты. Наряду с игнорированием общих рекомендаций ввиду халатного и недобросовестного отношения к

собственному здоровью больные самостоятельно могут изменять терапию, пропускать прием кардиотропных препаратов.

Расхождение между объективными данными кардиологического состояния пациентов и их представлениями о собственном здоровье, последствиях ХСН прослеживается и в виде отрицания больными снижения качества жизни.

**Диссоциативная реакция по типу *detachment*** (27 наблюдений, 14 мужчин, 13 женщин, средний возраст  $61,30 \pm 12,8$ ) 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.

Если больные с диссоциацией по типу *compartment*, несмотря на внешнюю браваду, испытывают тревогу и страх ухудшения состояния и возможной инвалидизации, то пациенты с *detachment*-диссоциацией, напротив, характеризуются равнодушным и безэмоциональным восприятием инвалидизирующих симптомов ХСН. Пациенты, лишенные полноценной двигательной активности, а часть больных (8 наблюдений, 29,6%) даже будучи в инвалидном кресле в силу выраженной одышки, отеков вплоть до асцита, отмечали отсутствие серьезной проблемы со здоровьем, отрицали проявления астении в виде повышенной слабости, утомляемости и сохраняли непреклонную уверенность в возможность возвращения к доболезненному образу жизни. В 7 наблюдениях (25,9%) даже при направлении пациентов на консультацию по поводу проведения жизнеугрожающей операции трансплантации сердца не отмечались тревога и страх за жизнь. Больные по-прежнему активно строили планы на будущее, не сомневаясь в благополучном исходе ХСН.

В преобладающем количестве наблюдений отмечался ровный фон настроения, однако для 8 пациентов (29,6%) была характерна гипертимия.

Важно отметить особенности клинико-психопатологической картины диссоциативных расстройств при ХСН. Так, если клиническая картина compartment-диссоциации при ХСН реализуется в соответствии с традиционной концепцией диссоциативных расстройств, то 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, проявляющейся отрицанием непосредственно наличия заболевания, сочетающейся с кататимно заряженными идеями абсолютного здоровья, при ХСН не наблюдается полное отрицание наличия сердечно-сосудистого заболевания, а только тяжести и последствий ХСН, что обуславливается клиническими особенностями течения ХСН в виде в преобладающем количестве случаев длительного и медленного формирования и развития вследствие уже существующей кардиологической патологии.

Обращаясь к выдвинутой рабочей гипотезе о формировании гетерогенных психических расстройств при участии личностных особенностей, важно отметить, что если compartment диссоциация формировалась преимущественно у лиц с гипертимной (36,7%) и истерической (18,4%) акцентуациями, то диссоциация по типу detachment характерна для пациентов с шизоидной акцентуацией (66,7%). Проявления «телесного аутизма», характерного для лиц с шизоидной акцентуацией, соотносятся с реакцией отрицания существования жизнеугрожающей патологии без проявлений симптомов тревоги.

Особенности двух типов диссоциативных реакций, обусловленные различием клинико-психопатологической картины и конституциональных характеристик, соотносятся и с разным кардиологическим состоянием пациентов, а также детерминируют поведенческие паттерны в болезни.

В группе диссоциации по типу compartment накапливались большие среднего и тяжелого состояния, о чем свидетельствуют практически равномерно представленные стадии ХСН по Василенко-Стражеско (2А – 29 наблюдений, 59,1%; 2Б – 20 наблюдений, 40,9%), а также преобладание III ФК по NYHA (37 наблюдений, 75,5%). Тогда как detachment-диссоциация характерна для более

тяжелых пациентов со 2Б стадией по Василенко-Стражеско (21 наблюдение, 77,8%,  $p < 0,005$ ) с IV ФК по NYHA (18 наблюдений, 66,7%,  $p < 0,005$ ).

Деадаптивное восприятие жизнеугрожающего заболевания и его последствий, недооценка тяжести состояния соотносятся с еще более низкой приверженностью лечению ХСН, чем при compartment-диссоциации, что приводит, как следствие, к более частым декомпенсациям и госпитализациям, причем преимущественно экстренным.

Наряду с игнорированием прописанных рекомендаций для больных с диссоциацией по типу detachment характерно активное вмешательство в назначенную схему лечения в виде тенденций к использованию нетрадиционных методов лечения, что ещё в большей степени может усугублять состояние. Больные даже при декомпенсации ХСН пренебрегают необходимостью изменения образа жизни, соблюдением рекомендованной диеты, что скрывают от медицинского персонала, тем самым вводя в заблуждение врачей-кардиологов об эффективности назначенной терапии.

При этом следует отметить разницу в поведенческих паттернах между пациентами с compartment и detachment-диссоциацией, а именно в степени выраженности деадаптивного поведения в болезни. Так, для больных с диссоциацией по типу compartment, впечатленных госпитализацией и пребывающих в тревожном состоянии в отношении течения и прогноза ХСН, характерно хотя бы непродолжительное, но соблюдение рекомендаций после выписки из стационара. По настоянию родственников пациенты периодически посещали консультации врача-кардиолога, а также самостоятельно обращались за специализированной помощью при декомпенсации ХСН, несмотря на откладывание. При этом пациенты с detachment-диссоциацией, полностью лишённые изысканий о причинах соматического неблагополучия, вне зависимости от кардиологического статуса, степени и стадии ХСН игнорировали рекомендации, попадали в поле зрения специалистов в большинстве случаев посредством экстренной госпитализации.

Важно отметить и отрицание пациентов снижения качества жизни, влияние симптомов ХСН на привычный уклад, что расходится с объективными данными о степени тяжести ХСН. При сопоставлении двух типов диссоциации следует отметить, что если пациенты с compartment-диссоциацией, несмотря на недооценку тяжести ХСН, все-таки признавали умеренные ограничения, тогда как больные с detachment-диссоциацией полностью отрицали негативное влияние симптомов ХСН на привычный уклад жизни вопреки объективно тяжелому кардиологическому состоянию ( $p < 0,05$ ). Кроме того, наблюдается расхождение между тяжестью ХСН и низкой частотой встречаемости оформленной инвалидности в силу непоколебимой уверенности больных в излечимость ХСН и, как следствие, отказа от социального обеспечения.

**Тревожные расстройства** (28 наблюдений, 10 мужчин, 18 женщин, ср. возраст  $63,4 \pm 15,2$ ). Расстройства тревожного спектра преобладали более часто у женщин (64,3%), чем у мужчин (35,7%).

Тревожные расстройства в сопоставлении с диссоциативными наблюдались при более длительном течении ХСН как с умеренной тяжестью, так и более выраженной, о чем свидетельствует практически равномерное распределение больных относительно ФВ ЛЖ (сниженная – 25%, «промежуточная» – 32,2% и сохраненная – 42,0%), а также верификация в одной трети наблюдений II (8 наблюдений, 28,5%) ФК по NYHA помимо III (17 наблюдений, 60,7%) и IV (3 наблюдения, 10,8%) ФК по NYHA.

Затяжное, хроническое течение изучаемой кардиологической патологии обуславливает превалирование формирования тревожных расстройств длительного и непрерывного характера. Так, в соответствии с критериями МКБ-10 среди расстройств тревожного спектра наиболее часто верифицировались «соматизированное расстройство», F45.0 (10 наблюдений, 35,7%) и «другие реакции на тяжелый стресс» (нозогенная реакция с тревожной симптоматикой), F43.8 (9 наблюдений, 32,2%), реже был установлен диагноз «генерализованное тревожное расстройство», F41.1 (6 наблюдений, 21,4%) и лишь в 3 наблюдениях (10,7%) – «паническое расстройство», F41.0.

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, которая может способствовать усилению проявлений сердечно-сосудистой патологии [202, 266].

Центральной содержательной характеристикой тревожного симптомокомплекса определялся страх декомпенсации ХСН, который сочетался с уверенностью в скором неблагоприятном исходе, вопреки стабильному и удовлетворительному соматическому состоянию, о котором свидетельствуют результаты проводимых лечебно-диагностических мероприятий. Денотат беспокойных переживаний пациентов различается в зависимости от степени тяжести ХСН: пациенты с более благоприятным кардиологическим статусом, оптимистичным прогнозом и низким ФК по NYHA рассказывали о страхе потери контроля над привычным образом жизни, вынужденного ограничения, невозможности продолжать трудовую деятельность и, как следствие, нежелательного изменения социального статуса; 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 (14 человек, 70%) также ограничивается кардиологической патологией (размышления о причинах формирования ХСН, возможных методах лечения, эффективности и побочных действиях проводимой терапии и др.). При этом в 6 наблюдениях (30%) отмечается расширение тематики тревожных переживаний (тревога по поводу межличностного взаимодействия, беспокойное «ожидание» предстоящих неприятностей и др.), сочетающихся с постоянным ощущением выраженной напряженности и волнения с невозможностью расслабиться.

У пациентов наблюдается interoцептивная фиксация в отношении работы сердечной-сосудистой системы в виде системного самонаблюдения, реализующегося многократным в течение дня измерением артериального давления, частоты сердечных сокращений, изучением кожных покровов на предмет наличия отеков, взвешиванием.

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. Так, онемение, покалывание и чувство слабости ног воспринимались как недостаточность кровообращения, чувство «кома в горле» как одышка.

У 3 пациентов (10,7%) верифицировались панические атаки, проявляющиеся амплификацией симптомов ХСН. Атипичные вегетативные пароксизмы реализовываются преимущественно ограниченным набором вегетативных кардионевротических нарушений (учащенное сердцебиение, стеснение за грудиной, чувство удушья, нехватка воздуха), что сочетается с фобическим компонентом, представленным не только танатофобией, но и страхом с ипохондрическим содержанием – кардиофобией.

В 5 наблюдениях (17,8%) помимо тревожной симптоматики отмечаются проявления гипотимии в виде подавленности, слезливости, слабодушия и ангедонии. При этом важно отметить, что ни в одном из случаев не верифицировались симптомы витальности, такие как проявление тоски, типичный циркадиадный ритм, а также идеи виновности, а выраженность гипотимии не достигала критериев аффективных расстройств и не формировался клинически заверченный депрессивный синдром.

Также для пациентов вне зависимости от тяжести кардиологического состояния характерна выраженная астеническая симптоматика. Больные активно высказывали жалобы на повышенную утомляемость, быструю истощаемость и снижение энергии.

Расстройства тревожного спектра более часто верифицируются у лиц с тревожными (28,6%) и истерическими акцентуациями (28,6%). Так личностные особенности, как повышенная эмоциональность, чрезмерная мнительность, «ожидание» неприятных ситуаций отражаются в тревожном восприятии ХСН и искаженной интерпретации физических симптомов болезни. В ряде случаев для пациентов с истерической акцентуацией специфично манипулирование болезнью, что реализуется аггравацией симптомов ХСН и упреками близких в недостаточном проявлении заботы и помощи.

Поведенческие особенности, детерминированные патологической фиксацией в отношении сердца, проявляются в сравнении с диссоциативными реакциями полярными паттернами в виде «здоровье-сберегающих» мероприятий, целью которых было минимизировать любой возможный риск ухудшения самочувствия. Пациенты, мотивированные стремлением к предупреждению чрезмерных психоэмоциональных и физических нагрузок, увольнялись с работы, ограничивали прогулки, стремились больше времени проводить, бездействуя, настойчиво добивались оформления инвалидности. Отмечается чрезмерное обращение за медицинской помощью, стремление больных находиться под постоянным врачебным контролем.

Больные с расстройствами тревожного спектра также как с диссоциативными характеризуются низкой приверженностью, однако причины, лежащие в основе недостаточной приверженности пациентов с полярным спектром расстройств, отличны. Так, проявления тревожного симптомокомплекса реализуются убежденностью пациентов в ухудшении самочувствия, тенденцией к самостоятельной коррекции рекомендованной схемы терапии, особенно на высоте тревоги, больные, уверенные в неэффективности подобранной терапии, увеличивали дозировку кардиотропных препаратов, или, напротив, из-за опасений побочных действий препаратов отказывались принимать лекарства. В ряде случаев пациенты заменяли препараты из рекомендованной схемы на нетрадиционные методы лечения, руководствуясь снижением возможных рисков возникновения нежелательных явлений (например, вместо применения

подобранных оптимальных дозировок мочегонных препаратов использовали настои трав).

Полностью подчиняя привычный образ жизни наличию ХСН, больные отмечали значительное снижение качества жизни.

**Депрессивные расстройства** (17 наблюдений, 7 мужчин, 10 женщин, ср. возраст  $64,3 \pm 13,5$ ). В исследуемой группе преобладали пациенты женского пола, что соотносится с данными литературы, свидетельствующими о большей частоте встречаемости депрессивных расстройств у женщин, чем у мужчин.

Депрессивные расстройства характерны для пациентов с длительным течением ХСН (средняя продолжительность  $6,1 \pm 3,2$  лет) и средней тяжестью, о чем свидетельствует равномерное распределение относительно ФВ ЛЖ и преобладание III ФК по NYHA (88,2%).

Ввиду затяжного и непрерывного течения кардиологической патологии в подавляющем большинстве наблюдаются депрессии с длительным течением, что соотносится с более ранними работами. Так, в соответствии с критериями МКБ-10 практически в половине случаев верифицировался диагноз «органические расстройства настроения» (F06.3) – 8 наблюдений, 47,0%, реже были установлены диагнозы «продолжительная депрессивная реакция» (F43.21) – 4 наблюдения, 23,5% и «дистимия» (F34.1) – 2 наблюдения, 11,8%. Лишь в единичных наблюдениях диагностированы «короткая депрессивная реакция» (F43.20), а также «депрессивный эпизод» (F32) и «рекуррентное депрессивное расстройство» (F33).

В большинстве наблюдений (58,8%) депрессии синдромально квалифицируются как астено-апатические. Клиническая картина наряду с гипотимией реализуется явлениями деморализации в виде преобладания в сознании пациентов чувства беспомощности, безысходности и бесперспективности проводимого лечения, сочетающимися с эмоциональной лабильностью, слабодушием, которые чередовались с проявлениями дисфории.

Пациенты ощущали себя беспомощными и обузой для родных, а любая помощь интерпретировалась как зависимость, что вызывало разочарование в собственных силах и возможностях, подавленность и чувство бесполезности.

Симптомы ХСН приводят к вынужденному ограничению в социальной сфере, которое воспринимается больными как ощущение изолированности и покинутости. Более того, ощущение социальной изоляции наблюдается не только в периоды декомпенсации ХСН, но и в стабильном состоянии, когда было необходимо принимать сложную схему кардиотропных препаратов, планировать посещение мероприятий с учетом их действия (например, диуретических препаратов). В результате, будучи разочарованными в своем физическом состоянии, больные теряли интерес к хобби, увлечениям, прежнему общению, становились пассивными, отказывались от встреч с друзьями или посещения общественных мероприятий.

В структуре депрессии также наблюдаются и соматизированные симптомы вне зависимости от стадии ХСН, ФК по NYHA, а, следовательно, и не объяснимые исключительно соматическим состоянием. Наблюдается астенический симптомокомплекс в виде снижения физических сил, нехватки жизненной энергии, повышенной утомляемости и истощаемости. Неспособность вести привычную повседневную деятельность, а порой и восприятие обычной ходьбы, прогулки как трудной тяжело осуществимой задачи, формировала у больных разочарование в собственных силах, а прогноз соматического состояния интерпретировался как неизбежно ухудшающийся и безнадежный. Наблюдалось отсутствие мотивации на дальнейшее лечение.

Важно также отметить, что для пациентов характерны и когнитивные нарушения, реализующиеся снижением концентрации внимания, трудностями при сосредоточении, снижением памяти.

Практически в одной трети случаев (29,4%) верифицируются нозогенные депрессии с преобладанием тревожной симптоматики. У пациентов наряду с гипотимией наблюдаются тревожные опасения декомпенсации, неизбежного прогрессирования кардиологического заболевания и ухудшения соматического

состояния. Определяется дисфория, денотат которой также ограничивается кардиологической патологией в виде недовольства врачами и рекомендованной схемой лечения.

У больных отмечается снижение аппетита, а также расстройства сна по типу ранних пробуждений с наплывом образных, фатальных представлений о неотвратимом прогрессировании ХСН.

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. Для таких депрессий помимо подавленности, уныния характерна витальная тоска с соматизацией в проекции за грудиной с физическим ощущением «душевной боли». Отмечаются типичные для эндогенных депрессий суточные колебания самочувствия, что не связано с соматическим состоянием, обусловленным ХСН. Существующие идеи самообвинения и малоценности носят абстрактный и генерализованный характер. Наблюдается двигательная заторможенность.

Депрессивные расстройства в большей степени характерны для лиц с анакастной (29,4%) и шизоидной (23,5%) акцентуациями. Отсутствие гибкости, характерное для лиц с анакастной и шизоидной акцентуациями, при нарушении постоянства и предсказуемости привычной жизни, накладываемом наличием хронической сердечно-сосудистой патологии, невозможность выполнения взятых на себя обязательств в виду проявлений симптомов ХСН ассоциируется с развитием депрессии. На протяжении жизни у таких пациентов отмечаются эндогенные депрессии (5,8%) и психогенно провоцируемые депрессивные реакции (41,2%), где в качестве триггера преимущественно выступают проблемы, связанные с трудовой деятельностью (отсутствие повышения, сокращение и т.д.), или другая угроза, ассоциированная с материальным благополучием.

Особенности поведенческих паттернов, обусловленные депрессивными расстройствами, отражаются в пассивном и незаинтересованном поведении в

отношении собственного здоровья. Восприятие ХСН больными как патологии, не поддающейся коррекции и в скором времени неизбежно приводящей к неблагоприятному исходу, ассоциируется со снижением мотивации на лечение, проявляющейся невыполнением общих рекомендаций, пропуском приема лекарств, несвоевременным обращением за специализированной помощью, что приводило к частым декомпенсациям ХСН и повторным госпитализациям.

Различия восприятия соматического неблагополучия у пациентов с гетерогенными психическими расстройствами наглядно отражаются в отношении больных к астении, наблюдающейся в большинстве случаев при ХСН.

Пациенты с диссоциативными расстройствами, несмотря на то, что в преобладающем количестве наблюдений верифицировалось тяжелое кардиологическое состояние, субъективно отрицали выраженные проявления астенической симптоматики (средний суммарный балл  $42 \pm 6,4$ ), не признавая ни физической, ни психической утомляемости. Больные стремились к повышенной активности, деятельности, будучи убежденными в достаточном количестве сил и энергии, вопреки объективным данным. Проявления же астенического симптомокомплекса подтверждается при объективном сборе анамнеза со слов родственников.

Противоположная клиническая картина наблюдается в группе пациентов с тревожными расстройствами (средний суммарный балл  $42 \pm 6,4$  и  $64 \pm 8,7$ , соответственно,  $p < 0.05$ ), для которых характерны жалобы на тягостные проявления астении преимущественно в виде физического компонента, а также пониженной активности, что, по всей видимости, обусловлено также и «здоровье-сберегающим» паттерном поведением, детерминированным тревожной симптоматикой. При этом важно отметить, что среди пациентов с тревожными расстройствами диагностируется ХСН разной степени тяжести: как более легкой, так и выраженной.

Больные с депрессивными расстройствами, для которых характерно преимущественно ХСН средней тяжести субъективно отмечали выраженные проявления астении (средний суммарный балл  $58 \pm 10,1$ ). Кроме того, по

сравнению с больными вышеописанных групп у пациентов наблюдается психическая астения ( $8 \pm 5,1$ ,  $9 \pm 6,2$  и  $12 \pm 2,1$ , соответственно,  $p < 0.05$ ) и снижение мотивации ( $9 \pm 3,1$ ,  $10 \pm 4,2$  и  $16 \pm 3,4$ , соответственно,  $p < 0.05$ ), что обусловлено и проявлением депрессивной симптоматики.

В результате проведенного исследования было получено подтверждение выдвинутой гипотезы о вкладе личностного и соматического (кардиологического) факторов в формировании гетерогенных психических расстройств при ХСН.

Развитие диссоциативных расстройств ассоциируется с личностными особенностями в виде конституционально повышенного фона настроения, характерного для пациентов с compartment-диссоциацией, и собственного представления о функционировании организма у больных с detachment-диссоциацией. Преобладание кардиологически тяжелых пациентов с относительно непродолжительным течением ХСН определяет формирование недооценки тяжести состояния как «защитного механизма» в рамках психологической парадигмы.

Тревожные расстройства характерны для пациентов вне зависимости от тяжести ХСН и определяются внутренним восприятием картины болезни, детерминированным конституциональными особенностями. Преимущественно накапливаются пациенты с тревожной и истерической акцентуациями. Такие характерные черты как повышенная мнительность и тревожность ассоциируются с катастрофизацией и искаженным восприятием симптомов ХСН.

В формирование депрессивных расстройств вносят вклад как кардиологические особенности в виде длительного течения ХСН средней тяжести состояния, так и конституциональная специфичность, реализующаяся повышенной ответственностью и нетерпимостью невозможности выполнения обязательств, а также тропностью к формированию депрессивных расстройств в течение жизни, что характерно для пациентов с анакастной и шизоидной акцентуациями.

**Астенический симптомокомплекс у пациентов с хронической сердечной недостаточностью.** Клинико-иммунологическую выборку для изучения астении

составили 62 пациента с ХСН без коморбидной психической патологии. Для объективизации проявления астенического симптомокомплекса было проведено изучение иммунологических особенностей пациентов с астенией и ХСН.

Особенности гендерного распределения, а также среднего возраста больных, были сопоставимы с пациентами клинико-психопатологической выборки, что обуславливалось аналогичными факторами.

Анализ социального статуса показал высокий уровень адаптации больных (58,0% состояли в браке, 66,1% имели среднее техническое и 29,1% высшее образование). Ввиду возрастных особенностей изучаемой когорты пациентов, больше половины больных (67,8%) находилась на пенсионном обеспечении.

Инвалидность по кардиологическому заболеванию была оформлена почти в половине случаев (45,1%), что обусловлено тяжестью кардиологической патологии, соответствующе воспринимаемой пациентами ввиду отсутствия коморбидных психических расстройств, которые могут негативно исказить представление больных о своем соматическом состоянии.

Средняя длительность ХСН с момента диагностики до включения пациентов в исследование составила  $8 \pm 6,3$  лет со средней частотой госпитализаций в связи с декомпенсацией ХСН  $2,3 \pm 1,4$  раз в год. Преобладали пациенты в умеренном и тяжелом состоянии (сниженная ФВ ЛЖ – 51,6%; IIВ стадия – 58,1%; III ФК по NYHA – 80,6%), что согласуются с эпидемиологическими сведениями об увеличении количества пациентов с высокими функциональными классами по NYHA.

Следует отметить, что если в клинико-иммунологической выборке пациенты без психической патологии были относительно однородны в отношении тяжести ХСН, то в клинико-психопатологической выборке больные с ХСН и психическими расстройствами характеризовались разной степенью тяжести ХСН, что, по всей видимости, обусловлено влиянием психической патологии посредством поведенческих паттернов на течение ХСН.

Для всех пациентов 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.

Астенический синдром реализуется ощущением вялости, упадка сил, общим недомоганием. Пациенты испытывали трудности при выполнении бытовых дел, не требующих значительной физической нагрузки. Несмотря на отсутствие таких проявлений ХСН как одышка в виде затрудненного дыхания, нехватки воздуха, пациенты испытывали отчетливое снижение энергетического потенциала, из-за чего вынужденно вносили коррективы в привычный уклад жизни, адаптировались к необходимости делать перерывы на отдых, заранее планировали распорядок дня, учитывая физические возможности.

Для более возрастных пациентов характерна более выраженная «общая астения». Также наблюдается взаимосвязь между выраженностью астенического симптомокомплекса и тяжестью ХСН: для более тяжелой ХСН были характерны более выраженные проявления «физической астении» и «общей астении».

Астенический симптомокомплекс негативно влияет на качество жизни пациентов, что прослеживается по всем составляющим измерениям астении.

Клиническая структура астенического симптомокомплекса различалась у пациентов с ХСН без психической патологии (клинико-иммунологическая выборка) и с гетерогенными психическими расстройствами (клинико-психопатологическая выборка), что отражается результатами использования Субъективной шкалы оценки астении, MFI-20.

У пациентов с ХСН без психической патологии преобладали жалобы на «общую астению» (средний балл по соответствующей субшкале MFI-20 –  $15 \pm 2,3$ ) и «физическую астению» (средний балл по соответствующей субшкале MFI-20 –  $14 \pm 1,3$ ), тогда как больные с расстройствами депрессивного спектра наряду с вышеперечисленными проявлениями астенического симптомокомплекса

отмечали и выраженную «психическую астению» (средний балл по соответствующей субшкале MFI-20 –  $15 \pm 2,1$ ,  $p < 0,005$ ), «пониженную активность» (средний балл по соответствующей субшкале MFI-20 –  $15 \pm 4,1$ ,  $p < 0,005$ ) и «снижение мотивации» (средний балл по соответствующей субшкале MFI-20 –  $16 \pm 2,4$ ,  $p < 0,005$ ), 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» (средний балл по соответствующей субшкале MFI-20  $14 \pm 3,5$  и  $9 \pm 4,1$ , соответственно,  $p < 0,005$ ), что детерминировано проявлениями тревоги о здоровье и дезадаптивным поведением в виде избегания любой минимальной физической активности с целью минимизировать возможное прогрессирование астении. Больные с диссоциативными расстройствами, несмотря на тяжелое состояние, подтвержденное результатами клинических и инструментальных обследований, отрицали все проявления астенического синдрома (средний балл по всем субшкалам MFI-20 в пределах нормативных значений  $< 12$ ). При этом согласно данным объективного анамнеза родственники отмечали, что пациенты были медлительными, при выполнении привычной бытовой активности делали длительные перерывы на отдых, часто дремали в дневное время, что не было характерно прежде.

С целью объективной верификации астении было проведено изучение иммунологических особенностей пациентов с астенией при ХСН.

В результате проведенного анализа было выявлено статистически значимое повышение функциональной активности  $\alpha 1$ -ПИ ( $p < 0,001$ ). Определение активности ЛЭ в крови обследованных выявило снижение активности фермента по сравнению с соответствующими нормативными значениями ( $p < 0,05$ ). Таким образом, пациенты с астенией и ХСН характеризовались разнонаправленными изменениями соотношения активности ЛЭ и её ингибитора  $\alpha 1$ -ПИ (ЛИИ), достигающего достоверных различий с нормативными показателями ( $p < 0,001$ ). Приведенные данные свидетельствуют о наличии воспаления у пациентов с

астенией и ХСН, характеризующийся сниженным протеолитическим потенциалом, который можно обозначить как «дисбаланс воспаления».

Также выявлены отрицательные корреляционные связи между активностью эластазы и выраженностью ряда дименсий астенического симптомокомплекса по MFI-20, 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).

Важно подчеркнуть повышение в крови пациентов с астенией при ХСН концентрации ИЛ-6 и С-реактивного белка. К настоящему времени известно, что ИЛ-6, С-реактивного белка вносят свой вклад и в развитие астенического симптомокомплекса, поэтому, исходя из полученных результатов и корреляций этих показателей с тяжестью астении, можно предположить их вовлеченность в патологический процесс, связанный с повреждением как сердца, так и головного мозга.

Таким образом, полученные результаты и выявленные клинко-биологические взаимосвязи подтверждают роль воспаления в патофизиологии ХСН, ассоциированной с астенией. Выявлена связь между выраженностью клинических проявлений астенического синдрома с активностью протеолитической системы воспаления, определяемой по величине лейкоцитарно-ингибиторного индекса, а также концентрацией ИЛ-6 и СРБ в крови пациентов. Низкая активность протеолитической системы, характерная для пациентов с ХСН с астенией на фоне выраженного повышения других воспалительных маркеров, ассоциирована с длительно текущим патологическим процессом, и может рассматриваться в качестве потенциального биомаркера этого патологического

состояния. Высокий уровень антител к S-100B является неблагоприятным фактором, который может усугублять тяжесть течения заболевания у данной категории пациентов.

Определение активности протеолитической системы воспаления, а также концентрации воспалительных маркеров ИЛ-6 и СРБ, может служить дополнительным параклиническим критерием для объективной диагностики и оптимизации терапевтических мероприятий астении у пациентов с хроническими кардиологическими заболеваниями.

### **Терапия психических расстройств у пациентов с хронической сердечной недостаточностью**

Лечение психических расстройств при ХСН предусматривает комплексный подход, включающий психообразование, психотерапию и психофармакотерапию с учетом соотношения эффективности и профиля кардиологической безопасности.

На момент обследования в клинико-психопатологической выборке все пациенты нуждались в комплексном лечении. Терапевтическую выборку составили 81 пациент<sup>42</sup> (67,9%), давших добровольное информированное согласие на проведение психофармакологического и психотерапевтического лечения и завершивших полный курс терапии.

Выбор психофармакотерапии, а также методик психотерапевтического лечения осуществлялся с учетом клинической структуры психопатологического синдрома. Длительность терапии определялась персонафицированно в зависимости от редукции психопатологической симптоматики, а также течения ХСН. Средняя длительность курсового лечения, включающего медикаментозный (биологический) и немедикаментозный (психотерапия) подходы и проводимого в кардиологическом отделении и амбулаторно, составила в среднем  $7,4 \pm 3,9$  недели.

---

<sup>42</sup> Распределение пациентов в зависимости от варианта психического расстройства было следующим: диссоциативные расстройства по типу compartment – 28 наблюдений; диссоциативные расстройства по типу detachment – 11 наблюдений; тревожные расстройства – 27 наблюдений; депрессивные расстройства – 15 наблюдений.

Оценка безопасности терапии психотропными препаратами оценивалась на всех этапах лечения. На фоне проводимой терапии не наблюдались побочные действия или симптомы нежелательного лекарственного взаимодействия с кардиотропными препаратами, требующие преждевременной отмены психофармакотерапии. 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 краковременный 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, включающий психообразование, а также непосредственно терапевтические сессии. Курс психотерапии проводился 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 недель.

Эффективность проводимой терапии оценивалась с помощью шкалы общего клинического впечатления (CGI), а также соответствующих психометрических методик в зависимости от психопатологической структуры<sup>43</sup>. 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.

В результате оценки проводимого лечения был определен высокий процент респондеров, который различался в зависимости от спектра психических расстройств.

---

<sup>43</sup> Для оценки редуции психопатологической симптоматики использовались следующие психометрические методики: Шкала депрессии Бека (BDI); Краткий опросник тревоги о здоровье (SHAI), Шкала диссоциации (DES) и Субъективная шкала оценки астении (MFI-20).

Для терапии диссоциативных расстройств по типу compartment с целью купирования тревожной симптоматики в структуре диссоциации использовались транквилизаторы. Психотерапевтическое лечение 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%).

Для лечения диссоциативных расстройств по типу detachment ввиду отсутствия показаний для использования психотропных препаратов медикаментозная терапия не применялась. Основное лечение заключалось в использовании психокоррекционных методик и психотерапевтических техник, 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 18,2% (2 наблюдения).

Терапия тревожных расстройств 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 виде явлений тревоги о здоровье, страха негативных последствий ХСН, панических атак, явлений генерализованной тревоги в схему терапии антидепрессантом включалось назначение анксиолитиков. В 9 наблюдениях ввиду превалирования в клинической картине стойкой ипохондрической симптоматики, реализующейся

обостренным самонаблюдением, патологической фиксацией на кардиологическом состоянии, убежденностью в неблагоприятном исходе ХСН даже при удовлетворительных результатах диагностических процедур, с целью аугментации потребовалось назначение нейролептика с выраженным противотревожным и вегетостабилизирующим эффектом (алимемазин), безопасного для лечения у больных кардиологического профиля. Психотерапевтическое лечение было направлено на выявление дисфункциональных убеждений о ХСН, уменьшение катастрофизации при возникновении любых телесных симптомов (одышка, утомляемость и т.д.) 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, ориентированным на формирование навыков самостоятельного снижения интенсивности выраженности тревоги. Доля респондеров к 6-8 неделе терапии составила 20 наблюдений (74,0%).

Лечение депрессивных расстройств 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 лечение заключалось в поведенческой активации, формировании мотивации к лечению. Доля респондеров составила 64,7% (11 наблюдений).

Таким образом, ответ на проводимое лечение различался в зависимости от спектра психических расстройств: если расстройства тревожного и депрессивного спектра характеризуются высоким ответом на лечение, то ответ на терапию диссоциативных расстройств по типу compartment был зарегистрирован в половине наблюдений, а диссоциативных расстройств по типу detachment – лишь в 18,5% случаев, что обусловлено отказом пациентов от прохождения курса терапии ещё на начальном этапе или в процессе лечения.

## 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.

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 СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ**

АЛТ – аланинаминотрансфераза

АСТ – аспаргатаминотрансфераза

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВНС – вегетативная нервная система

ГБ – гипертонической болезнью

ГГТ – гамма-глутамилтранспептидаза

ГКБ – городская клиническая больница

ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка

ГТР – генерализованное тревожное расстройство

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ИАПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИЛ 6 – интерлейкин 6

КПТ – когнитивно-поведенческая терапия

КСР – лабораторное исследование для распознавания сифилиса

ЛИИ – лейкоцитарно-ингибиторный индекс

ЛЭ – лейкоцитарная эластаза

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр)

ОБМ – основной белок миелина

ПИКС – постинфарктный кардиосклероз

ПКА – правая коронарная артерия

РАН – Российская академия наук

СИОЗС – селективный ингибитор обратного захвата серотонина

СИОЗСН – селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина

СКФ – скорость клубочковой фильтрации

СМП – скорая медицинская помощь

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СРБ – С-реактивный белок

ССО – сердечно-сосудистые осложнения

ТТГ – тиреотропный гормон

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФВ ЛЖ – фракция выброса

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

ХИБС – хроническая ишемическая болезнь сердца

ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь лёгких

ХСН – хроническая сердечная недостаточность

ЧЖС – частота желудочковых сокращений

ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭКГ – электрокардиография

ЭОС – электрическая ось сердца

ЭХОКГ – эхокардиография

BDI – Beck Depression Inventory – Шкала депрессии Бека

CGI – Clinical Global Impression – Шкалы общего клинического впечатления

CI – Confidence Interval – доверительный интервал

CKD-EPI – Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration – формула для расчёта скорости клубочковой фильтрации

DES – Dissociative Experience Scale – Шкала диссоциации

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам

EAPC – European Association of Preventive Cardiology – Европейской ассоциации профилактической кардиологии

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale – Госпитальная шкала депрессии и тревоги

HBs Ag – поверхностный антиген вируса гепатита В

HCV – антитела к вирусу гепатита С

HCT – гематокрит

HGB – гемоглобин

HR – Hazard Ratio – отношение рисков

KCCQ – Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire – Канзасский опросник для больных кардиомиопатией

MCH – среднее содержание гемоглобина в одном эритроците

MCHC – средняя концентрация гемоглобина в эритроците

MCV – средний объем эритроцитов

MFI-20 – Multidimensional Fatigue Inventory – Субъективная шкала оценки астении

MLHFQ – The Minnesota Living with Heart Failure questionnaire – Миннесотский опросник качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью

MMAS-4 – 4-item Morisky Medication Adherence Scale – Шкала комплаентности Мориски-Грина

OR – Odds Ratio – отношение шансов

PLT – тромбоциты

RBC – эритроциты

SHAI – Short Health Anxiety Inventory – Краткий опросник тревоги о здоровье

SpO<sub>2</sub> – показатель насыщения крови кислородом (сатурации)

WBC – лейкоциты

$\alpha$ 1-ПИ – ингибитор активности лейкоцитарная эластаза

$\sigma$  – среднее квадратичное отклонение

5PFQ – Big Five personality factor – Пятифакторный личностный опросник

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Акарачкова, Е. С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике / Е. С. Акарачкова // Лечащий врач. – 2010. – № 10. – С. 60–65.
2. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю. А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 95 с.
3. Андриященко, А. В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине / А. В. Андриященко // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 1. – С. 14–27.
4. Астения в психопатологическом пространстве шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция астенического дефекта в аспекте современных моделей негативных расстройств) / А. Б. Смулевич, Г. С. Харьковская, В. М. Лобанова, Е. И. Воронова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2019. – Т. 119, № 5. – С. 7–14.
5. Бахшалиев, А. Б. Гендерные особенности факторов риска развития, возрастные и половые различия по тяжести и генезу хронической сердечной недостаточности / А. Б. Бахшалиев, Г. М. Дадашова, Г. И. Бахшалиева // Терапевтический архив. – 2015. – Т. 87, № 4. – С. 13–18.
6. Бойцов, С. А. Хроническая сердечная недостаточность: эволюция этиологии, распространенности и смертности за последние 20 лет / С. А. Бойцов // Терапевтический архив. – 2022. – Т. 94, № 1. – С. 5–8.
7. Быков, Ю. В. Этифоксин: расширенные показания к применению (обзор литературы) / Ю. В. Быков, Р. А. Беккер // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. – 2016. – Т. 18, № 4. – С. 32–37.
8. Власов, В. В. Эпидемиология: учебное пособие / В. В. Власов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 464 с.
9. Волель, Б. А. Небредовая ипоходрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия) : специальность 14.00.18 «Психиатрия» : диссертация

на соискание учёной степени доктора медицинских наук / Волель Беатриса Альбертовна; ГУ «НЦПЗ РАМН». – Москва, 2009. – 447 с.

10. Волель, Б. А. Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях / Б. А. Волель, Е. А. Сыркина // Психосоматические расстройства: руководство для практических врачей / под ред. академика РАН А. Б. Смулевича. – М.: МЕДпресс-информ, 2019. – С. 245–248.

11. Гурович, И. Я. К вопросу о значении понятия жизнестойкости в психиатрии / И. Я. Гурович, Я. А. Сторожакова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20, № 3. – С. 81–85.

12. Диагностические, клинические и прогностические аспекты определения концентрации С-реактивного белка при хронической сердечной недостаточности / А. А. Бобылев, С. А. Рачина, С. Н. Авдеев, А. А. Петров // Клиническая медицина. – 2018. – Т. 96, № 3. – С. 197–207.

13. Динамика содержания антител к нейроантигенам в сыворотке крови больных шизофренией в процессе терапии / Т. П. Ключник, Т. М. Сиряченко, З. В. Сарманова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – Т. 108, № 8. – С. 61–65.

14. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных) / А. Б. Смулевич, С. В. Иванов, Л. К. Мясникова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2014. – Т. 114, № 12. – С. 12–22.

15. Довженко, Т. В. Расстройства депрессивного спектра с кардиалгическим синдромом у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: клиника, диагностика, терапия : специальность 14.00.18 «Психиатрия» : диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук / Довженко Татьяна Викторовна; ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского». – Москва, 2008. – 223 с.

16. Довженко, Т. В. Расстройства тревожно-депрессивного спектра и синдром кардиальной боли при сердечно-сосудистых заболеваниях (клинико-психопатологические аспекты) / Т. В. Довженко, М. В. Семиглазова, В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21, № 4. – С. 5–13.

17. Доценко, В. Л. Выявление лейкоцитарной эластазы человека из комплекса с плазменным альфа1-протеиназным ингибитором по ее энзиматической активности с синтетическим субстратом / В. Л. Доценко, Е. А. Нешкова, Г. А. Яровая // Вопросы медицинской химии. – 1994. – Т. 40, № 3. – С. 20–25.

18. Иванов, С. В. Типология нозогенных реакций с явлениями аутоагрессии (феномен откладывания) при злокачественных новообразованиях / С. В. Иванов, Д. С. Петелин // Психические расстройства в общей медицине. – 2016. – № 3 – С. 17–25.

19. Клинико-иммунологические показатели в диагностике астенического синдрома у больных с хронической сердечной недостаточностью / С. А. Зозуля, Б. А. Волель, А. В. Фомичёва [и др.] // Психиатрия. – 2022. – Т. 20, № 4. – С. 96–106.

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

21. Клинические особенности астенических расстройств при хронической сердечной недостаточности / А. В. Фомичева, Б. А. Волель, Д. В. Трошина [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2023. – Т. 123, № 2. – С. 104–111.

22. Клинические рекомендации ОССН-РКО-РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение / В. Ю. Мареев, И. В. Фомин, Ф. Т. Агеев [и др.] // Кардиология. – 2018. – Т. 58, № 6S. – С. 8–158.

23. Краснов, В. Н. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. М., 2017. Рецензия на монографию / В. Н. Краснов // Психиатрия. – 2018. – № 1. – С. 144–145.

24. Ларина, В. Н. Краткий обзор обновлений клинических рекомендаций по хронической сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов 2021 года / В. Н. Ларина, И. К. Скиба, А. С. Скиба // Российский кардиологический журнал. – 2022. – Т. 27, № 2. – С. 97–105.

25. Молекулярные биомаркеры в диагностике, стратификации риска и прогнозировании хронической сердечной недостаточности / Е. А. Медведева, Е. А. Суркова, Л. В. Лимарева, Ю. В. Щукин // Российский кардиологический журнал. – 2016. – Т. 8, № 136. – С. 86–91.

26. Мосолов, С. Н. Клинико-фармакологические свойства современных антидепрессантов / С. Н. Мосолов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № S1. – С. 3–11.

27. Нартикова, В. Ф. Унифицированный метод определения активности альфа1-антитрипсина и альфа2-макроглобулина в сыворотке (плазме) крови человека / В. Ф. Нартикова, Т. С. Пасхина // Вопросы медицинской химии. – 1979. – Т. 25, № 4. – С. 494–499.

28. Особенности психических расстройств и их коррекции у пациентов с кардиальной патологией / А. Г. Жидяевский, В. Д. Менделевич, Г. С. Галяутдинов [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2020. – Т. 101, № 2. – С. 212–225.

29. Парамонова, Н. С. Диагностика и прогнозирование течения деструктивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки на основе определения протеолитически-антипротеолитической системы сыворотки крови у детей с дисплазией соединительной ткани / Н. С. Парамонова, А. А. Карчевский, В. Р. Шулика // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2017. – № 2. – С. 210–215.

30. Петелин, Д. С. Нозогенные реакции с явлениями аутоагрессии (феномен откладывания) при злокачественных новообразованиях : специальность 14.01.06 «Психиатрия» : диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Петелин Дмитрий Сергеевич; ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. – Москва, 2018. – 163 с.

31. Петрова, Н. Н. Коморбидные психические расстройства как фактор эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у кардиологических больных / Н. Н. Петрова // Acta Biomedica Scientifica. – 2016. – Т. 1, № 6. – С. 88–91.

32. Петрова, Н. Н. Психические расстройства и комплаенс больных с хронической сердечной недостаточностью / Н. Н. Петрова, Ю. В. Пилевина // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 3. – С. 26–31.

33. Петрова, Н. Н. Психосоматические аспекты хронической сердечной недостаточности / Н. Н. Петрова, А. Э. Кутузова // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 2. – С. 23–28.

34. Петрова, Н. Н. Структура психических расстройств и личностно-психологические особенности у больных кардиологического профиля / Н. Н. Петрова // Acta Biomedica Scientifica. – 2019. – Т. 4, № 1. – С. 81–86.

35. Пизова, Н. В. Когнитивные нарушения при некоторых распространенных соматических заболеваниях: когнитивный резерв и терапевтические подходы / Н. В. Пизова // Consilium Medicum. Неврология и ревматология. – 2015. – № 2. – С. 27–32.

36. Проспективное наблюдательное многоцентровое регистровое исследование пациентов с хронической сердечной недостаточностью в Российской Федерации (ПРИОРИТЕТ-ХСН): обоснование, цели и дизайн исследования / Е. В. Шляхто, Ю. Н. Беленков, С. А. Бойцов [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2023. – Т. 28, № 6. – С. 7–14.

37. Психические (личностные) расстройства у больных с фибрилляцией предсердий / Б. А. Волель, Д. В. Трошина, М. В. Грубова, А. А. Малютина // Психические расстройства в общей медицине. – 2016. – № 1–2. – С. 27–35.

38. Психосоматические синдромы у больных хронической ишемической болезнью сердца и их влияние на ее течение / А. Л. Сыркин, А. Б. Смулевич, Е. А. Сыркина [и др.] // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2019. – Т. 12, № 5. – С. 395–401.

39. Пушкарев, Д. Ф. Алимемазин в психиатрической практике и общей медицине (обзор литературы) / Д. Ф. Пушкарев // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 1. – С. 56–61.

40. Ретроспективное архивное исследование по оценке безопасности применения современных антидепрессантов в кардиологической практике /

С. В. Иванов, Б. А. Волель, Е. А. Сыркина [и др.] / Терапевтический архив. – 2017. – Т. 89, № 12. – С. 34–42.

41. Самушия, М. А. Патологические реакции и развития личности в пред- и послеоперационном периодах аортокоронарного шунтирования : специальность 14.00.18 «Психиатрия» : диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Самушия Марина Антиповна; ГУ «НЦПЗ РАМН». – Москва, 2006. – 182 с.

42. Смулевич, А. Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2015. – 637 с.

43. Смулевич, А. Б. К построению размерной ритмологической модели депрессий / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – Т. 110, № 1. – С. 4–10.

44. Смулевич, А. Б. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 4. – С. 4–9.

45. Смулевич, А. Б. Психосоматическая медицина / А. Б. Смулевич // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 1. – С. 4–10.

46. Смулевич, А. Б. Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии / А. Б. Смулевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2012. – 330 с.

47. Смулевич, А. Б. Ритмы депрессии при соматических (дермато-и кардиологических) заболеваниях / А. Б. Смулевич, В. Э. Медведев, В. И. Фролова // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 1. – С. 22–25.

48. Состояние эластаза-ингибиторной системы у детей в норме и при отдельных патологических состояниях / Н. С. Парамонова, Л. Н. Гурина, О. А. Волкова [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2017. – 132 с.

49. Старостина, Е. Г. Тревога и тревожные расстройства в практике кардиолога / Е. Г. Старостина // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2006. – Т. 5, № 3. – С. 111–120.

50. Степанова, Е. А. Депрессии при ишемической болезни сердца : специальность 14.01.06 «Психиатрия» : диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Степанова Екатерина Алексеевна; ГУ «НЦПЗ РАМН». – Москва, 2011. – 196 с.

51. Степанова, Е. А. Проблема депрессий, коморбидных соматическим заболеваниям (на модели ишемической болезни сердца) / Е. А. Степанова, А. В. Андрущенко // Психические расстройства в общей медицине. – 2010. – № 4. – С. 4–10.

52. Трошина, Д. В. Психические расстройства у больных фибрилляцией предсердий : специальность 14.01.06 «Психиатрия» : диссертация на соискание учёной степени кандидата медицинских наук / Трошина Дарья Викторовна; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова. – Москва, 2019. – 199 с.

53. Фомин, И. В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать / И. В. Фомин // Российский кардиологический журнал. – 2016. – Т. 8, № 136. – С. 7–13.

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

55. Хроническая сердечная недостаточность. Клинические рекомендации 2020 / С. Н. Терещенко, А. С. Галявич, Т. М. Ускач [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2020. – № 11. – С. 311–374.

56. Шмилович, А. А. Обзор исследований эффективности и безопасности применения препарата тералиджен в психиатрической практике и общей медицине / А. А. Шмилович, С. Н. Гончаренко // Журнал неврологии и психиатрии. – 2022. – Т. 122, № 6. – С. 55–62.

57. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC / T. A. McDonagh,

M. Metra, M. Adamo [et al.] // *European Heart Journal*. – 2021. – Vol. 42, № 36. – P. 3599–3726.

58. A comparison of patient and physician-rated New York Heart Association class in a community-based heart failure clinic / K. M. Goode, S. Nabb, J. G. Cleland, A. L. Clark // *Journal of cardiac failure*. – 2008. – Vol. 14, № 5. – P. 379–387.

59. A meta-analysis of the efficacy of vortioxetine in patients with major depressive disorder (MDD) and high levels of anxiety symptoms / D. S. Baldwin, I. Florea, P. L. Jacobsen [et al.] // *Journal of affective disorders*. – 2016. – Vol. 206. – P. 140–150.

60. Abramowitz, J. S. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders / J. S. Abramowitz, B. O. Olatunji, B. J. Deacon // *Behavior therapy*. – 2007. – Vol. 38, № 1. – P. 86–94.

61. Acute phase proteins in major depression / M. Berk, A. A. Wade, R. H. Kuschke, A. O'Neill-Kerr // *Journal of Psychosomatic Research*. – 1997. – Vol. 43, № 5. – P. 529–534.

62. Adverse cardiac events in older patients receiving venlafaxine: a population-based study / J. M. Ho, T. Gomes, S. E. Straus [et al.] // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2014. – Vol. 75, № 6. – P. 552–558.

63. An inventory for measuring depression / A. T. Beck, C. H. Ward, M. Mendelson [et al.] // *Archives of General Psychiatry*. – 1961. – Vol. 4. – P. 561–571.

64. Antilipidemic adherence post-coronary artery disease diagnosis among those with and without an ICD-9 diagnosis of depression / H. T. May, X. Sheng, A. P. Catinella [et al.] // *Journal of psychosomatic research*. – 2010. – Vol. 69, № 2. – P. 169–174.

65. Anxiety and Poor Social Support are Independently Associated With Adverse Outcomes in Patients With Mild Heart Failure / M. Tsuchihashi-Makaya, N. Kato, A. Chishaki [et al.] // *Circulation Journal*. – 2009. – Vol. 73, № 2. – P. 280–287.

66. Anxiety and self-care behaviour in patients with chronic systolic heart failure: A multivariate model / T. Müller-Tasch, B. Löwe, N. Lossnitzer [et al.] // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2018. – Vol. 17, № 2. – P. 170–177.

67. Anxiety disorders and cardiovascular disease / C. M. Celano, D. J. Daunis, H. N. Lokko [et al.] // *Current psychiatry reports*. – 2016. – Vol. 18. – Art. 101.

68. Anxiety in chronic heart failure and the risk of increased hospitalisations and mortality: A systematic review / J. Vongmany, L. D. Hickman, J. Lewis [et al.] // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2016. – Vol. 15, № 7. – P. 478–485.

69. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications / E. A. Holmes, R. J. Brown, W. Mansell [et al.] // *Clinical Psychology Review*. – 2005. – Vol. 25, № 1. – P. 1–23.

70. Assessment of quality of life and anxiety in heart failure outpatients / M. Polikandrioti, G. Panoutsopoulos, A. Tsami [et al.] // *Archives of Medical Science – Atherosclerotic Diseases*. – 2019. – Vol. 4, № 1. – P. 38–46.

71. Association between heart-focused anxiety, depressive symptoms, health behaviors and healthcare utilization in patients with coronary heart disease / J. K. Hohls, K. Beer, V. Arolt [et al.] // *Journal of Psychosomatic Research*. – 2020. – Vol. 131. – Art. 109958.

72. Austin, J. Patterns of fatigue in elderly heart failure patients measured by a quality of life scale (Minnesota living with heart failure) / J. Austin, W. R. Williams, S. Hutchison // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2012. – Vol. 11, № 4. – P. 439–444.

73. Becoming a patient with heart failure / D. E. Stull, R. Starling, G. Haas, J. B. Young // *Heart & Lung*. – 1999. – Vol. 28, № 4. – P. 284–292.

74. Benzodiazepine-associated delirium in critically ill adults / I. J. Zaal, J. W. Devlin, M. Hazelbag [et al.] // *Intensive care medicine*. – 2015. – Vol. 41. – P. 2130–2137.

75. Booth, L. Type D personality and dietary intake: The mediating effects of coping style / L. Booth, L. Williams // *Journal of Health Psychology*. – 2015. – Vol. 20, № 6. – P. 921–927.

76. Breaking the Vicious Circle of Fatigue in Patients With Chronic Heart Failure / K. Falk, B. B. Granger, K. Swedberg, I. Ekman // *Qualitative Health Research*. – 2007. – Vol. 17, № 8. – P. 1020–1027.

77. Buetow, S. Coping strategies in the self-management of chronic heart failure / S. Buetow, F. Goodyear-Smith, G. Coster // *Family Practice*. – 2001. – Vol. 18, № 2. – P. 117–122.

78. Changes in quality of life, depression, general anxiety, and heart-focused anxiety after defibrillator implantation / I. Kindermann, S. M. Wedegärtner, B. Bernhard [et al.] // *ESC heart failure*. – 2021. – Vol. 8, № 4. – P. 2502–2512.

79. Chung, K.-F. Correlates of residual fatigue in patients with major depressive disorder: the role of psychotropic medication / K.-F. Chung, Y.-M. Yu, W.-F. Yeung // *Journal of affective disorders*. – 2015. – Vol. 186. – P. 192–197.

80. Cleland, J. G. Study group on diagnosis of the working group on heart failure of the European society of cardiology: the Euroheart Failure survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe / J. G. Cleland // *European Heart Journal*. – 2003. – Vol. 24. – P. 442–463.

81. Clinical Relevance of Fatigue as a Residual Symptom in Major Depressive Disorder / M. Fava, S. Ball, J. C. Nelson [et al.] // *Depression and Anxiety*. – 2014. – Vol. 31, № 3. – P. 250–257.

82. Coats, A. J. Optimizing exercise training for subgroups of patients with chronic heart failure / A. J. Coats // *European heart journal*. – 1998. – Vol. 19. – P. 29–34.

83. Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: a randomized clinical trial / K. E. Freedland, R. M. Carney, M. W. Rich [et al.] // *JAMA Internal Medicine*. – 2015. – Vol. 175, № 11. – P. 1773–1782.

84. Cognitive impairment in chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure: a systematic review and meta-analysis of observational studies / A. M. Yohannes, W. Chen, A. M. Moga [et al.] // *Journal of the American Medical Directors Association*. – 2017. – Vol. 18, № 5. – Art. 451-e1.

85. Cohen, H. W. Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents / H. W. Cohen, G. Gibson, M. H. Alderman // *The American journal of medicine*. – 2000. – Vol. 108, № 1. – P. 2–8.

86. Combined exercise and cognitive behavioral therapy improves outcomes in patients with heart failure / R. A. Gary, S. B. Dunbar, M. K. Higgins [et al.] // *Journal of psychosomatic research*. – 2010. – Vol. 69, № 2. – P. 119–131.

87. Comorbidity health pathways in heart failure patients: A sequences-of-regressions analysis using cross-sectional data from 10,575 patients in the Swedish Heart Failure Registry / C. A. Lawson, I. Solis-Trapala, U. Dahlstrom [et al.] // *PLoS medicine*. – 2018. – Vol. 15, № 3. – Art. e1002540.

88. Comparison of tools for assessing fatigue in patients with heart failure / E. Nepomuceno, L. N. Silva, D. C. P. Cunha [et al.] // *Revista Brasileira de Enfermagem*. – 2018. – Vol. 71. – P. 2404–2410.

89. Comparison of treatment options for depression in heart failure: a network meta-analysis / A. Das, B. Roy, G. Schwarzer [et al.] // *Journal of psychiatric research*. – 2019. – Vol. 108. – P. 7–23.

90. Complementary and Incremental Mortality Risk Prediction by Cortisol and Aldosterone in Chronic Heart Failure / G. Güder, J. Bauersachs, S. Frantz [et al.] // *Circulation*. – 2007. – Vol. 115, № 13. – P. 1754–1761.

91. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: the integration of physical and psychosocial factors / H. B. Bosworth, K. E. Steinhauser, M. Orr [et al.] // *Aging & mental health*. – 2004. – Vol. 8, № 1. – P. 83–91.

92. Correlates of Fatigue in Patients With Heart Failure / L. S. Evangelista, D. K. Moser, C. Westlake [et al.] // *Progress in Cardiovascular Nursing*. – 2008. – Vol. 23, № 1. – P. 12–17.

93. Costello, J.-A. What is the experience of men and women with congestive heart failure? / J.-A. Costello, S. Boblin // *Canadian journal of cardiovascular nursing*. – 2004. – Vol. 14, № 3. – P. 9–20.

94. Croyle, R. T. Illness cognition and behavior: An experimental approach / R. T. Croyle, P. H. Ditto // *Journal of Behavioral Medicine*. – 1990. – Vol. 13. – P. 31–52.

95. De Jong, M. R. Drug-related falls in older patients: implicated drugs, consequences, and possible prevention strategies / M. R. de Jong, M. Van der Elst, A. H. Klaas // *Therapeutic advances in drug safety*. – 2013. – Vol. 4, № 4. – P. 147–154.

96. Deardorff, W. J. The pharmacology and clinical use of the antidepressants vilazodone, levomilnacipran, and vortioxetine for depression in the elderly / W. J. Deardorff, G. T. Grossberg // *Current Geriatrics Reports*. – 2015. – Vol. 4. – P. 301–311.

97. Decreased Physical Effort, Fatigue, and Mental Distress in Patients with Coronary Artery Disease: Importance of Personality-Related Differences / A. Bunevicius, J. Brozaitiene, M. Staniute [et al.] // *International Journal of Behavioral Medicine*. – 2014. – Vol. 21, № 2. – P. 240–247.

98. Defining an evidence-based cutpoint for medication adherence in heart failure / J.-R. Wu, D. K. Moser, M. J. De Jong [et al.] // *American heart journal*. – 2009. – Vol. 157, № 2. – P. 285–291.

99. Delirium in postoperative nonventilated intensive care patients: risk factors and outcomes / R. B. Serafim, M. F. Dutra, F. Saddy [et al.] // *Annals of intensive care*. – 2012. – Vol. 2, № 1. – P. 1–6.

100. Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: a meta-analysis / H. Fan, W. Yu, Q. Zhang [et al.] // *Preventive medicine*. – 2014. – Vol. 63. – P. 36–42.

101. Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis / I. Sokoreli, J. J. G. Vries, S. C. Pauws, E. W. Steyerberg // *Heart Failure Reviews*. – 2016. – Vol. 21, № 1. – P. 49–63.

102. Depression and anxiety in heart failure: a review / C. M. Celano, A. C. Villegas, A. M. Albanese [et al.] // *Harvard review of psychiatry*. – 2018. – Vol. 26, № 4. – P. 175–184.

103. Depression and chronic heart failure in the elderly: an intriguing relationship / I. Liguori, G. Russo, F. Curcio [et al.] // *Journal of Geriatric Cardiology*. – 2018. – Vol. 15, № 6. – P. 451–459.

104. Depression and Congestive Heart Failure / T. P. Guck, G. N. Elsasser, M. G. Kavan, J. E. J. Eugene // *Congestive Heart Failure*. – 2003. – Vol. 9, № 3. – P. 163–169.

105. Depression and coronary heart disease: 2018 position paper of the ESC working group on coronary pathophysiology and microcirculation / V. Vaccarino, L. Badimon, J. D. Bremner [et al.] // *European heart journal*. – 2020. – Vol. 41, № 17. – P. 1687–1696.

106. Depression and Type D personality represent different forms of distress in the Myocardial INfarction and Depression – Intervention Trial (MIND-IT) / J. Denollet, P. Jonge, A. Kuyper [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2009. – Vol. 39, № 5. – P. 749–756.

107. Depression in elderly patients with congestive heart failure. / K. E. Freedland, R. M. Carney, M. W. Rich, A. Caracciolo // *Journal of geriatric psychiatry*. – 1991. – Vol. 24, № 1. – P. 59–71.

108. Depression in Heart Failure: A Meta-Analytic Review of Prevalence, Intervention Effects, and Associations With Clinical Outcomes / T. Rutledge, V. A. Reis, S. E. Linke [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2006. – Vol. 48, № 8. – P. 1527–1537.

109. Depression in heart failure: Can PHQ-9 help? / K. N. Bhatt, A. P. Kalogeropoulos, S. B. Dunbar [et al.] // *International journal of cardiology*. – 2016. – Vol. 221. – P. 246–250.

110. Depression in heart failure: Intricate relationship, pathophysiology and most updated evidence of interventions from recent clinical studies / R. K. Ghosh, S. Ball, V. Prasad, A. Gupta // *International journal of cardiology*. – 2016. – Vol. 224. – P. 170–177.

111. Depression predicts failure to complete phase-II cardiac rehabilitation / E. Casey, J. W. Hughes, D. Waechter [et al.] // *Journal of behavioral medicine*. – 2008. – Vol. 31. – P. 421–431.

112. Depression profile in patients with and without chronic heart failure / N. Holzzapfel, T. Müller-Tasch, B. Wild [et al.] // *Journal of affective disorders*. – 2008. – Vol. 105, № 1–3. – P. 53–62.

113. Depression, Healthcare Utilization, and Death in Heart Failure / A. R. Moraska, A. M. Chamberlain, N. D. Shah [et al.] // *Circulation: Heart Failure*. – 2013. – Vol. 6, № 3. – P. 387–394.

114. Depressive Symptoms and 24-Hour Urinary Norepinephrine Excretion Levels in Patients With Coronary Disease: Findings From the Heart and Soul Study / C. Otte, T. C. Neylan, S. S. Pipkin [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – Vol. 162, № 11. – P. 2139–2145.

115. Depressive symptoms in peripheral arterial disease: a follow-up study on prevalence, stability, and risk factors / K. G. Smolderen, A. E. Aquarius, J. Vries [et al.] // *Journal of affective disorders*. – 2008. – Vol. 110, № 1–2. – P. 27–35.

116. Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease / M. A. Whooley, P. De Jonge, E. Vittinghoff [et al.] // *Journal of the American Medical Association*. – 2008. – Vol. 300, № 20. – P. 2379–2388.

117. Di Palo, K. E. Psychological disorders in heart failure / K. E. Di Palo // *Heart Failure Clinics*. – 2020. – Vol. 16, № 1. – P. 131–138.

118. Differential gene expression in skeletal muscle after induction of heart failure: impact of cytokines on protein phosphatase 2A expression / N. Kränkel, V. Adams, S. Gielen [et al.] // *Molecular Genetics and Metabolism*. – 2003. – Vol. 80, № 1. – P. 262–271.

119. Distinct trajectories of fatigue in chronic heart failure and their association with prognosis / O. R. F. Smith, N. Kupper, P. de Jonge, J. Denollet // *European Journal of Heart Failure*. – 2010. – Vol. 12, № 8. – P. 841–848.

120. Effect of carnitine Q-gel (ubiquinol and carnitine) on cytokines in patients with heart failure in the Tishcon study / A. Kumar, R. B. Singh, M. Saxena [et al.] // *Acta Cardiologica*. – 2007. – Vol. 62, № 4. – P. 349–354.

121. Effect of fragility on quality of life in patients with heart failure / P. Gastelurrutia, J. Lupón, S. Altimir [et al.] // *The American journal of cardiology*. – 2013. – Vol. 112, № 11. – P. 1785–1789.

122. Effects of a person-centred telephone support on fatigue in people with chronic heart failure: Subgroup analysis of a randomised controlled trial / S. Wallström, L. Ali, I. Ekman [et al.] // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2020. – Vol. 19, № 5. – P. 393–400.

123. Effects of cognitive behavioural therapy for depression in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis / K. Jeyantham, D. Kotecha, D. Thanki [et al.] // *Heart failure reviews*. – 2017. – Vol. 22, № 6. – P. 731–741.

124. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Heart Failure A Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies / Y. Peng, J. Fang, W. Huang, S. Qin // *International heart journal*. – 2019. – Vol. 60, № 3. – P. 665–670.

125. Eifert, G. H. Heart-focused anxiety and chest pain: A conceptual and clinical review / G. H. Eifert, M. J. Zvolensky, C. W. Lejuez // *Clinical Psychology: Science and Practice*. – 2000. – Vol. 7. – P. 403–417.

126. ESC Scientific Document Group. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC / P. Ponikowski, A. A. Voors, S. D. Anker [et al.] // *European Heart Journal*. – 2016. – Vol. 37, № 27. – P. 2129–2200.

127. Etiology of Pain and Its Association with Quality of Life among Patients with Heart Failure / S. Z. Pantilat, D. L. O’Riordan, M. A. Rathfon [et al.] // *Journal of Palliative Medicine*. – 2016. – Vol. 19, № 12. – P. 1254–1259.

128. Evaluation of a chronic fatigue in patients with moderate-to-severe chronic heart failure / L. Jasiukevičienė, D. Vasiliauskas, A. Kavoliūnienė [et al.] // *Medicina*. – 2008. – Vol. 44, № 5. – P. 366–372.

129. Family caregiving for persons with heart failure at the intersection of heart failure and palliative care: a state-of-the-science review / N. J. Dionne-Odom, S. A. Hooker, D. Bekelman [et al.] // *Heart failure reviews*. – 2017. – Vol. 22. – P. 543–557.

130. Fatigue and anaemia in patients with chronic heart failure / K. Falk, K. Swedberg, F. Gaston-Johansson, I. Ekman // *European journal of heart failure*. – 2006. – Vol. 8, № 7. – P. 744–749.

131. Fatigue and health-related quality of life in elderly patients with and without heart failure in primary healthcare / L. Hägglund, K. Boman, M. Olofsson, C. Brulin // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2007. – Vol. 6, № 3. – P. 208–215.

132. Fatigue in cancer patients: comparison with the general population and prognostic factors / A. Hinz, J. Weis, E. Brähler [et al.] // *Supportive Care in Cancer*. – 2020. – Vol. 28, № 9. – P. 4517–4526.

133. Fatigue in heart failure outpatients: levels, associated factors, and the impact on quality of life / M. Polikandrioti, F. Kalafatakis, I. Koutelekos, D. Kokoularis // *Archives of Medical Science – Atherosclerotic Diseases*. – 2019. – Vol. 4, № 1. – P. 103–112.

134. Fatigue in patients with chronic heart failure – a burden associated with emotional and symptom distress / K. Falk, H. Patel, K. Swedberg, I. Ekman // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2009. – Vol. 8, № 2. – P. 91–96.

135. Fatigue with systolic heart failure / A. M. Fink, S. L. Sullivan, J. J. Zerwic, M. R. Piano // *The Journal of cardiovascular nursing*. – 2009. – Vol. 24, № 5. – P. 410–417.

136. Five-factor model of personality: Concept, structure, and measurement of personality traits / H. Tsuji, Y. Fujishima, H. Tsuji [et al.] // *Japanese Psychological Review*. – 1997. – Vol. 40, № 2. – P. 239–259.

137. Fontes, J. A. The varying faces of IL-6: From cardiac protection to cardiac failure / J. A. Fontes, N. R. Rose, D. Čiháková // *Cytokine*. – 2015. – Vol. 74, № 1. – P. 62–68.

138. Frailty predicts long-term mortality in elderly subjects with chronic heart failure / F. Cacciatore, P. Abete, F. Mazzella [et al.] // *European Journal of Clinical Investigation*. – 2005. – Vol. 35, № 12. – P. 723–730.

139. Frequency and predictors of depression in congestive heart failure / I. Zahid, M. A. Baig, J. A. Gilani [et al.] // *Indian heart journal* – 2018. – Vol. 70. – P. S199–S203.

140. Friedman, M. M. Correlates of fatigue in older women with heart failure / M. M. Friedman, K. B. King // *Heart & Lung*. – 1995. – Vol. 24, № 6. – P. 512–518.

141. Friedman, M. M. Heart failure patients' time, symptoms, and actions before a hospital admission / M. M. Friedman, J. R. Quinn // *Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2008. – Vol. 23, № 6. – P. 506–512.

142. Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder / A. E. Skodol, J. G. Gunderson, T. H. McGlashan [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. – 2002. – Vol. 159, № 2. – P. 276–283.

143. Gabay, C. Interleukin-6 and chronic inflammation / C. Gabay // *Arthritis research & therapy*. – 2006. – Vol. 8, № 2. – P. 1–6.

144. Hackam, D. G. Selective serotonin reuptake inhibitors and brain hemorrhage: a meta-analysis / D. G. Hackam, M. Mrkobrada // *Neurology*. – 2012. – Vol. 79, № 18. – P. 1862–1865.

145. Hägglund, L. The Experience of Fatigue among Elderly Women with Chronic Heart Failure / L. Hägglund, K. Boman, B. Lundman // *European Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2008. – Vol. 7, № 4. – P. 290–295.

146. Health-related quality of life of patients with severe heart failure. A cross-sectional multicentre study / N. V. Fotos, K. Giakoumidakis, Z. Kollia [et al.] // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. – 2013. – Vol. 27, № 3. – P. 686–694.

147. Heart failure patients' attitudes, beliefs, expectations and experiences of self-management strategies: A qualitative synthesis / J. Wingham, G. Harding, N. Britten, H. Dalal // *Chronic Illness*. – 2014. – Vol. 10, № 2. – P. 135–154.

148. Heart Failure Rehospitalization and Delayed Decision Making: The Impact of Self-care and Depression / J. Xu, J. J. Gallo, J. Wenzel [et al.] // *Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2018. – Vol. 33, № 1. – P. 30–39.

149. Huffman, J. C. The use of benzodiazepines in the treatment of chest pain: a review of the literature / J. C. Huffman, T. A. Stern // *The Journal of emergency medicine*. – 2003. – Vol. 25, № 4. – P. 427–437.

150. Hypertension / S. Oparil, M. C. Acelajado, G. L. Bakris [et al.] // *Nature reviews Disease primers*. – 2018. – Vol. 4, № 1. – P. 1–21.

151. Identifying psychosocial predictors of medication non-adherence following acute coronary syndrome: a systematic review and meta-analysis / J. Crawshaw, V. Auyeung, S. Norton, J. Weinman // *Journal of psychosomatic research*. – 2016. – Vol. 90. – P. 10–32.

152. Impact of medication nonadherence on hospitalizations and mortality in heart failure / A. A. Fitzgerald, J. D. Powers, P. M. Ho [et al.] // *Journal of cardiac failure*. – 2011. – Vol. 17, № 8. – P. 664–669.

153. Impact of non-cardiovascular comorbidities on the quality of life of patients with chronic heart failure: a scoping review / J. Comín-Colet, T. Martín Lorenzo, A. González-Domínguez [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2020. – Vol. 18, № 1. – Art. 329.

154. Incidence, predictors and mortality risk of new heart failure in patients hospitalised with atrial fibrillation / C. Weber, J. Hung, S. Hickling [et al.] // *Heart*. – 2021. – Vol. 107, № 16. – P. 1320–1326.

155. Increased neutrophil apoptosis in chronic fatigue syndrome / G. Kennedy, V. Spence, C. Underwood, J. J. F. Belch // *Journal of clinical pathology*. – 2004. – Vol. 57, № 8. – P. 891–893.

156. Is the Dissociative Experiences Scale able to identify detachment and compartmentalization symptoms? Factor structure of the Dissociative Experiences Scale in a large sample of psychiatric and nonpsychiatric subjects / E. Mazzotti, B. Farina, C. Imperatori [et al.] // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2016. – Vol. 12. – P. 1295–1302.

157. Jacobson, S. A. *Clinical manual of geriatric psychopharmacology* / S. A. Jacobson. – New York: American Psychiatric Pub, 2014. – 829 p.

158. Jenner, R. C. Anger and depression predict hospital use among chronic heart failure patients / R. C. Jenner, R. D. Schweitzer, E. S. Strodl // *Australian Health Review*. – 2009. – Vol. 33, № 4. – P. 541–548.

159. Kain, V. Role of neutrophils in ischemic heart failure / V. Kain, G. V. Halade // *Pharmacology & therapeutics*. – 2020. – Vol. 205. – Art. 107424.

160. Koenig, W. Fibrin (ogen) in cardiovascular disease: an update / W. Koenig // *Thrombosis and haemostasis*. – 2003. – Vol. 89, № 4. – P. 601–609.

161. Korkmaz, H. Suicide risk in chronic heart failure patients and its association with depression, hopelessness and self esteem / H. Korkmaz, S. Korkmaz, M. Çakar // *Journal of clinical neuroscience*. – 2019. – Vol. 68. – P. 51–54.

162. Lack of Prognostic Value of Type D Personality for Mortality in a Large Sample of Heart Failure Patients / J. C. Coyne, T. Jaarsma, M.-L. Luttik [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 2011. – Vol. 73, № 7. – P. 557–562.

163. Lampert, R. Mental stress and ventricular arrhythmias / R. Lampert // Current cardiology reports. – 2016. – Vol. 18. – P. 1–7.
164. Lemke, R. Über die Bedeutung der Leibgefühle in der psychiatrischen Diagnostik / R. Lemke // Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie. – 1951. – Vol. 3. – P. 325–340.
165. Linden, M. Die “Pathologische Realangst” am Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen / M. Linden, S. Dirks, J. Glatz // Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie. – 2008. – Vol. 4, № 2. – P. 248–254.
166. Linkages between anxiety and outcomes in heart failure / M. J. De Jong, M. L. Chung, J.-R. Wu [et al.] // Heart & Lung. – 2011. – Vol. 40, № 5. – P. 393–404.
167. Living with severe chronic heart failure in palliative advanced home care / M. Brännström, I. Ekman, A. Norberg [et al.] // European Journal of Cardiovascular Nursing. – 2006. – Vol. 5, № 4. – P. 295–302.
168. Luan, Y. Y. The clinical significance and potential role of C-reactive protein in chronic inflammatory and neurodegenerative diseases / Y. Y. Luan, Y. M. Yao // Frontiers in immunology. – 2018. – Vol. 9. – Art. 1302.
169. Mago, R. Cardiovascular adverse effects of newer antidepressants / R. Mago, N. Tripathi, C. Andrade // Expert review of neurotherapeutics. – 2014. – Vol. 14, № 5. – P. 539–551.
170. Manolis, T. A. Cardiovascular safety of psychiatric agents: a cautionary tale / T. A. Manolis, A. A. Manolis, A. S. Manolis // Angiology. – 2019. – Vol. 70, № 2. – P. 103–129.
171. Medicaid beneficiaries with congestive heart failure: association of medication adherence with healthcare use and costs / D. Esposito, A. D. Bagchi, J. M. Verdier [et al.] // The American journal of managed care. – 2009. – Vol. 15, № 7. – P. 437–445.
172. Meeting the communication and information needs of chronic heart failure patients / R. Harding, L. Selman, T. Beynon [et al.] // Journal of pain and symptom management. – 2008. – Vol. 36, № 2. – P. 149–156.
173. Mental health-related risk factors and interventions in patients with heart failure: a position paper endorsed by the European Association of Preventive

Cardiology (EAPC) / K.-H. Ladwig, T. C. Baghai, F. Doyle [et al.] // *European Journal of Preventive Cardiology*. – 2022. – Vol. 29, № 7. – P. 1124–1141.

174. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitor-associated QTc prolongation / S. R. Beach, W. J. Kostis, C. M. Celano [et al.] // *The Journal of clinical psychiatry*. – 2014. – Vol. 75, № 5. – P. 441–449.

175. Metra, M. Postdischarge assessment after a heart failure hospitalization: the next step forward / M. Metra // *Circulation*. – 2010. – Vol. 122, № 18. – P. 782–1785.

176. Meyer-Hoffert, U. Neutrophil serine proteases: mediators of innate immune responses / U. Meyer-Hoffert, O. Wiedow // *Current Opinion in Hematology*. – 2011. – Vol. 18, № 1. – P. 19–24.

177. Minkowski, E. La schizophrénie: psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes / E. Minkowski. – Paris: Payot, 1927. – 205 p.

178. Mommersteeg, P. Type D personality is associated with increased metabolic syndrome prevalence and an unhealthy lifestyle in a cross-sectional Dutch community sample / P. Mommersteeg, N. Kupper, J. Denollet // *BMC Public Health*. – 2010. – Vol. 10, № 1. – P. 1–11.

179. Morel, B. D. Traite des maladies mentales. Livre IV. Pathologie speciale et therapeutique generale / B. D. Morel. – Paris: Masson, 1860. – 866 p.

180. Morisky, D. E. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D. E. Morisky, L. W. Green, D. M. Levine // *Medical care*. – 1986. – Vol. 24, № 1. – P. 67–74.

181. Muschalla, B. Heart-related anxieties in relation to general anxiety and severity of illness in cardiology patients / B. Muschalla, J. Glatz, M. Linden // *Psychology, Health & Medicine*. – 2014. – Vol. 19, № 1. – P. 83–92.

182. Neutrophil activation/maturation markers in chronic heart failure with reduced ejection fraction / S. Prausmüller, G. Spinka, S. Stasek [et al.] // *Diagnostics*. – 2022. – Vol. 12, № 2. – Art. 444.

183. Nine-Year Stability of Type D Personality: Contributions of Genes and Environment / N. Kupper, D. I. Boomsma, E. J. C. Geus [et al.] // *Psychosomatic Medicine*. – 2011. – Vol. 73, № 1. – P. 75–82.

184. Nutrition intervention to decrease symptoms in patients with advanced heart failure / T. A. Lennie, K. M. Debra, M. J. Biddle [et al.] // *Research in Nursing & Health*. – 2013. – Vol. 36, № 2. – P. 120–145.

185. Obesity, hypertension, and cardiac dysfunction: novel roles of immunometabolism in macrophage activation and inflammation / A. J. Mouton, X. Li, M. E. Hall, J. E. Hall // *Circulation research*. – 2020. – Vol. 126, № 6. – P. 789–806.

186. Objectively measured, but not self-reported, medication adherence independently predicts event-free survival in patients with heart failure / J.-R. Wu, D. K. Moser, M. L. Chung, T. A. Lennie // *Journal of cardiac failure*. – 2008. – Vol. 14, № 3. – P. 203–210.

187. Olsson, I. The hospital anxiety and depression rating scale: A cross-sectional study of psychometrics and case finding abilities in general practice / I. Olsson, A. Mykletun, A. A. Dahl // *BMC Psychiatry*. – 2005. – Vol. 5, № 1. – Art. 46.

188. Page, J. D. *Psychopathology: The science of understanding deviance* / J. D. Page. – New York: Aldine Publishing Company, 1975. – 510 p.

189. Panic disorder in patients with chronic heart failure / T. Müller-Tasch, L. Frankenstein, N. Holzapfel [et al.] // *Journal of psychosomatic research*. – 2008. – Vol. 64, № 3. – P. 299–303.

190. Parish, R. C. Inflammation in chronic heart failure / R. C. Parish, J. D. Evans // *Annals of Pharmacotherapy*. – 2008. – Vol. 42, № 7–8. – P. 1002–1016.

191. Patients experience of fatigue in advanced heart failure / H. Walthall, T. Floegel, M. Boulton, C. Jenkinson // *Contemporary Nurse*. – 2019. – Vol. 55, № 1. – P. 71–82.

192. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction / R. C. Ziegelstein, J. A. Fauerbach, S. S. Stevens [et al.] // *Archives of internal medicine*. – 2000. – Vol. 160, № 12. – P. 1818–1823.

193. Perceptions of heart failure symptoms, disease severity, treatment decision-making and side effects by patients and cardiologists: a multinational survey in a cardiology setting / B. S. Wirta, B. Balas, C. C. Proenca [et al.] // *Therapeutics and Clinical Risk Management*. – 2018. – Vol. 14. – P. 2265–2272.

194. Person-centered analysis of psychological traits to explain heterogeneity in patient-reported outcomes of coronary artery disease—the THORESCI study / E. van Montfort, N. Kupper, J. Widdershoven, J. Denollet // *Journal of Affective Disorders*. – 2018. – Vol. 236. – P. 14–22.

195. Pilowsky, I. Abnormal illness behaviour (dysnosognosia) / I. Pilowsky // *Psychotherapy and psychosomatics*. – 1986. – Vol. 46, № 1–2. – P. 76–84.

196. Piña, I. L. Psychopharmacology and cardiovascular disease / I. L. Piña, K. E. Di Palo, H. O. Ventura // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2018. – Vol. 71, № 20. – P. 2346–2359.

197. Pisa, G. Assessing patient preferences in heart failure using conjoint methodology / G. Pisa, F. Eichmann, S. Hupfer // *Patient preference and adherence*. – 2015. – № 9. – P. 1233–1241.

198. Platelet/endothelial biomarkers in depressed patients treated with the selective serotonin reuptake inhibitor sertraline after acute coronary events: the Sertraline AntiDepressant Heart Attack Randomized Trial (SADHART) Platelet Substudy / V. L. Serebruany, A. H. Glassman, A. I. Malinin [et al.] // *Circulation*. – 2003. – Vol. 108, № 8. – P. 939–944.

199. Predicting Quality of Life in Veterans with Heart Failure: The Role of Disease Severity, Depression, and Comorbid Anxiety / J. A. Cully, L. L. Phillips, M. E. Kunik [et al.] // *Behavioral Medicine*. – 2010. – Vol. 36, № 2. – P. 70–76.

200. Predictors of heart-focused anxiety in patients with stable heart failure / S. M. Wedegärtner, I. Schwantke, I. Kindermann, J. Karbach // *Journal of Affective Disorders*. – 2020. – Vol. 276. – P. 380–387.

201. Predictors of medication adherence using a multidimensional adherence model in patients with heart failure / J.-R. Wu, D. K. Moser, M. L. Chung, T. A. Lennie // *Journal of cardiac failure*. – 2008. – Vol. 14, № 7. – P. 603–614.

202. Predictors of readmission and health related quality of life in patients with chronic heart failure: a comparison of different psychosocial aspects / A. Volz, J.-P. Schmid, M. Zwahlen [et al.] // *Journal of Behavioral Medicine*. – 2011. – Vol. 34, № 1. – P. 13–22.

203. Prevalence and Measurement of Anxiety in Samples of Patients With Heart Failure: Meta-analysis / K. Easton, P. Coventry, K. Lovell [et al.] // *Journal of Cardiovascular Nursing*. – 2016. – Vol. 31, № 4. – P. 367–379.

204. Prevalence, temporal change, and determinants of anxiety and depression in hospitalized patients with heart failure / Y. Hamatani, M. Iguchi, Y. Ikeyama [et al.] // *Journal of Cardiac Failure*. – 2022. – Vol. 28, № 2. – P. 181–190.

205. Prognostic Value of Anxiety and Depression in Patients With Chronic Heart Failure / W. Jiang, M. Kuchibhatla, M. S. Cuffe [et al.] // *Circulation*. – 2004. – Vol. 110, № 22. – P. 3452–3456.

206. Prospective association between C-reactive protein and fatigue in the coronary artery risk development in young adults study / H. J. Cho, T. E. Seeman, J. E. Bower [et al.] // *Biological psychiatry*. – 2009. – Vol. 66, № 9. – P. 871–878.

207. Psychiatric and psychological interventions for depression in patients with heart disease: a scoping review / J. Zambrano, C. M. Celano, J. L. Januzzi [et al.] // *Journal of the American Heart Association*. – 2020. – Vol. 9, № 22. – Art. e018686.

208. Psychological Determinants of Heart Failure Self-Care: Systematic Review and Meta-Analysis / D. Kessing, J. Denollet, J. Widdershoven, N. Kupper // *Psychosomatic Medicine*. – 2016. – Vol. 78, № 4. – P. 412–431.

209. QT interval and antidepressant use: a cross sectional study of electronic health records / V. M. Castro, C. C. Clements, S. N. Murphy [et al.] // *BMJ*. – 2013. – Vol. 346. – Art. f288.

210. QTc prolongation, torsades de pointes, and psychotropic medications / S. R. Beach, C. M. Celano, P. A. Noseworthy [et al.] // *Psychosomatics*. – 2013. – Vol. 54, № 1. – P. 1–13.

211. Quality of life in patients with chronic heart failure and their carers: a 3-year follow-up study assessing hospitalization and mortality / J. Iqbal, L. Francis, J. Reid [et al.] // *European Journal of Heart Failure*. – 2010. – Vol. 12, № 9. – P. 1002–1008.

212. Quality of life in patients with heart failure: ask the patients / S. Heo, T. A. Lennie, C. Okoli, D. K. Moser // *Heart & lung*. – 2009. – Vol. 38, № 2. – P. 100–108.

213. Rector, T. S. Patients self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: content, reliability and validity of a new measure, the Minnesota living with heart failure questionnaire / T. S. Rector // *Heart fail.* – 1987. – Vol. 3. – P. 198–209.

214. Redeker, N. S. Somatic Symptoms Explain Differences in Psychological Distress in Heart Failure Patients vs a Comparison Group / N. S. Redeker // *Progress in Cardiovascular Nursing.* – 2006. – Vol. 21, № 4. – P. 182–189.

215. Relationship between dissociative disorders and maladaptive behavior in patients with chronic heart failure / A. V. Fomicheva, D. A. Andreev, D. S. Petelin [et al.] // *Journal of International Dental and Medical Research.* – 2022. – Vol. 15, № 3. – P. 1410–1415.

216. Relationship between free fatty acids, body mass index and depressive symptoms in patients with chronic heart failure / H. Yang, Y. Li, X. Su, C. Li // *Nursing Open.* – 2021. – Vol. 8, № 5. – P. 2877–2885.

217. Relationship of health-related quality of life with fatigue and exercise capacity in patients with coronary artery disease / M. Staniute, A. Bunevicius, J. Brozaitiene, R. Bunevicius // *European Journal of Cardiovascular Nursing.* – 2014. – Vol. 13, № 4. – P. 338–344.

218. Riegel, B. Facilitators and barriers to heart failure self-care / B. Riegel, B. Carlson // *Patient education and counseling.* – 2002. – Vol. 46, № 4. – P. 287–295.

219. Riegel, B. The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated / B. Riegel, V. V. Dickson, K. M. Faulkner // *Journal of Cardiovascular Nursing.* – 2016. – Vol. 31, № 3. – P. 226–235.

220. Risk factors for onset of depression after heart failure hospitalization / Y. Shimizu, M. Suzuki, H. Okumura, S. Yamada // *Journal of cardiology.* – 2014. – Vol. 64, № 1. – P. 37–42.

221. Rohleder, N. Role of interleukin-6 in stress, sleep, and fatigue / N. Rohleder, M. Aringer, M. Boentert // *Annals of the New York Academy of Sciences.* – 2012. – Vol. 1261, № 1. – P. 88–96.

222. Roose, S. P. Pharmacologic treatment of depression in patients with heart disease / S. P. Roose, M. Miyazaki // *Psychosomatic medicine.* – 2005. – Vol. 67. – P. S54–S57.

223. Savarese, G. Global Public Health Burden of Heart Failure / G. Savarese, L. H. Lund // *Cardiac failure review*. – 2017. – Vol. 3, № 1. – P. 7–11.

224. Schaefer, K. M. Fatigue associated with congestive heart failure: use of Levine's Conservation Model / K. M. Schaefer, M. J. S. Potylycki // *Journal of Advanced Nursing*. – 1993. – Vol. 18, № 2. – P. 260–268.

225. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology / T. Jaarsma, L. Hill, A. Bayes-Genis [et al.] // *European journal of heart failure*. – 2021. – Vol. 23, № 1. – P. 157–174.

226. Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease: the heart and soul study / A. K. Gehi, S. Ali, B. Na, M. A. Whooley // *Archives of Internal Medicine*. – 2007. – Vol. 167, № 16. – P. 1798–1803.

227. Serebruany, V. L. Selective serotonin reuptake inhibitors and increased bleeding risk: are we missing something? / V. L. Serebruany // *The American journal of medicine*. – 2006. – Vol. 119, № 2. – P. 113–116.

228. Sheldon, W. H. The varieties of human physique / W. H. Sheldon, S. S. Stevens, W. B. Tucker. – New York: Harper & Brothers, 1940. – 347 p.

229. Shrestha, J. An overview of chronic heart failure / J. Shrestha, S. Done // *Nursing standard (Royal College of Nursing, Great Britain)*. – 2023. – Vol. 38, № 8. – P. 43–49.

230. Skeletal muscle training in chronic heart failure / M. F. Piepoli, A. C. Scott, A. Capucci, A. J. S. Coats // *Acta Physiologica Scandinavica*. – 2001. – Vol. 171, № 3. – P. 295–303.

231. Skotzko, C. E. Symptom perception in CHF: (why mind matters) / C. E. Skotzko // *Heart Failure Reviews*. – 2009. – Vol. 14, № 1. – P. 29–34.

232. Somatic correlates of comorbid major depression in patients with systolic heart failure / C. E. Angermann, G. Gelbrich, S. Störk [et al.] // *International Journal of Cardiology*. – 2011. – Vol. 147, № 1. – P. 66–73.

233. Spiegel, D. Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. / D. Spiegel, E. Cardeña // *Journal of abnormal psychology*. – 1991. – Vol. 100, № 3. – P. 366–378.

234. Špinar, J. Pathophysiology, causes and epidemiology of chronic heart failure / J. Špinar, L. Špinarová, J. Vítovec // *Vnitřní lékařství*. – 2018. – Vol. 64, № 9. – P. 834–838.

235. Stephen, S. A. Fatigue in older adults with stable heart failure / S. A. Stephen // *Heart & Lung*. – 2008. – Vol. 37, № 2. – P. 122–131.

236. Stress, cognitive appraisal, coping, and event free survival in patients with heart failure / A. S. Alhurani, R. Dekker, M. Ahmad [et al.] // *Heart & Lung*. – 2018. – Vol. 47, № 3. – P. 205–210.

237. Subjectively reported symptoms in patients with persistent atrial fibrillation and emotional distress / N. Kupper, K. C. van den Broek, J. Widdershoven, J. Denollet // *Frontiers in Psychology*. – 2013. – Vol. 4. – Art. 192.

238. Suicide death rates in patients with cardiovascular diseases—A 15-year nationwide cohort study in Taiwan / V. C.-C. Wu, S.-H. Chang, C.-F. Kuo [et al.] // *Journal of affective disorders*. – 2018. – Vol. 238. – P. 187–193.

239. Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management / C. M. Alpert, M. A. Smith, S. L. Hummel, E. K. Hummel // *Heart Failure Reviews*. – 2017. – Vol. 22, № 1. – P. 25–39.

240. Symptoms of Anxiety and Cardiac Hospitalizations at 12 Months in Patients with Heart Failure / N. L. Damen, A. J. Pelle, B. M. Szabó, S. S. Pedersen // *Journal of General Internal Medicine*. – 2012. – Vol. 27, № 3. – P. 345–350.

241. Symptoms of fatigue in chronic heart failure patients: Clinical and psychological predictors / O. R. F. Smith, H. J. Michielsen, A. J. Pelle [et al.] // *European Journal of Heart Failure*. – 2007. – Vol. 9, № 9. – P. 922–927.

242. Tang, W.-R. Fatigue and its related factors in patients with chronic heart failure / W.-R. Tang, C.-Y. Yu, S.-J. Yeh // *Journal of Clinical Nursing*. – 2010. – Vol. 19, № 1–2. – P. 69–78.

243. Taylor, D. A review of the suitability of duloxetine and venlafaxine for use in patients with depression in primary care with a focus on cardiovascular safety, suicide and mortality due to antidepressant overdose / D. Taylor, A. Lenox-Smith, A. Bradley // *Therapeutic advances in psychopharmacology*. – 2013. – Vol. 3, № 3. – P. 151–161.

244. Thayer, J. F. The role of vagal function in the risk for cardiovascular disease and mortality / J. F. Thayer, R. D. Lane // *Biological Psychology*. – 2007. – Vol. 74, № 2. – P. 224–242.

245. The associations of diagnoses of fatigue and depression with use of medical services in patients with heart failure / S. Heo, J. McSweeney, P.-F. Tsai [et al.] // *The Journal of cardiovascular nursing*. – 2019. – Vol. 34, № 4. – P. 289–296.

246. The characteristics of pain in patients diagnosed with depression and heart failure / C. Haedtke, M. Smith, J. Van Buren [et al.] // *Pain management nursing*. – 2017. – Vol. 18, № 6. – P. 353–362.

247. The contribution of individual mental health and socioeconomic status to the evolution of elderly patients with chronic heart failure / M. Tudoran, C. Tudoran, G. N. Pop [et al.] // *Rivista di Psichiatria*. – 2021. – Vol. 56, № 2. – P. 107–112.

248. The distressed (type D) personality is independently associated with impaired health status and increased depressive symptoms in chronic heart failure / A. A. Schiffer, S. S. Pedersen, J. W. Widdershoven [et al.] // *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*. – 2005. – Vol. 12, № 4. – P. 341–346.

249. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies / Y.-H. Jeon, S. G. Kraus, T. Jowsey, N. J. Glasgow // *BMC health services research*. – 2010. – Vol. 10, № 1. – P. 1–9.

250. The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability / C. Brennan, A. Worrall-Davies, D. McMillan [et al.] // *Journal of psychosomatic research*. – 2010. – Vol. 69, № 4. – P. 371–378.

251. The impact of antidepressants on depressive symptom severity, quality of life, morbidity, and mortality in heart failure: a systematic review / R. Hedrick, S. Korouri, E. Tadros [et al.] // *Drugs in Context*. – 2020. – Vol. 9. – P. 4–5.

252. The Impact of B-type Natriuretic Peptide, New York Heart Association Classification and Depression on Quality of Life in Nonhospitalized Heart Failure Patients / I. B. Ancheta, C. Battie, S. Cobb [et al.] // *Progress in Cardiovascular Nursing*. – 2009. – Vol. 24, № 4. – P. 124–130.

253. The impact of medication nonadherence on the relationship between mortality risk and depression in heart failure / E. C. Gathright, M. A. Dolansky, J. Gunstad [et al.] // *Health Psychology*. – 2017. – Vol. 36. – P. 839–847.

254. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients / S. S. Gottlieb, M. Khatta, E. Friedmann [et al.] // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2004. – Vol. 43, № 9. – P. 1542–1549.

255. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue / E. M. A. Smets, B. Garsen, B. De Bonke, J. De Haes // *Journal of psychosomatic research*. – 1995. – Vol. 39, № 3. – P. 315–325.

256. The role of denial in recovery from coronary heart disease / J. Levine, S. Warrenburg, R. Kerns [et al.] // *Psychosomatic medicine*. – 1987. – Vol. 49, № 2. – P. 109–117.

257. Tully, P. J. Personality disorders in heart failure patients requiring psychiatric management: Comorbidity detections from a routine depression and anxiety screening protocol / P. J. Tully, T. Selkow // *Psychiatry research*. – 2014. – Vol. 220, № 3. – P. 954–959.

258. Tumor Necrosis Factor- $\alpha$  and Mortality in Heart Failure / S. M. Dunlay, S. A. Weston, M. M. Redfield [et al.] // *Circulation*. – 2008. – Vol. 118, № 6. – P. 625–631.

259. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders / T. H. McGlashan, C. M. Grilo, C. A. Sanislow [et al.] // *American journal of psychiatry*. – 2005. – Vol. 162, № 5. – P. 883–889.

260. Tyni-Lenné, R. Qualitative analysis of the male experience of heart failure / R. Tyni-Lenné // *Heart & Lung*. – 2004. – Vol. 33, № 4. – P. 227–234.

261. Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure / A. A. Schiffer, S. S. Pedersen, J. W. Widdershoven, J. Denollet // *European journal of heart failure*. – 2008. – Vol. 10, № 8. – P. 802–810.

262. Type D personality is a predictor of poor emotional quality of life in primary care heart failure patients independent of depressive symptoms and New York Heart

Association functional class / S. S. Pedersen, C. Herrmann-Lingen, P. de Jonge, M. Scherer // *Journal of Behavioral Medicine*. – 2010. – Vol. 33, № 1. – P. 72–80.

263. Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study / M. Staniute, J. Brozaitiene, J. Burkauskas [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2015. – Vol. 13, № 1. – Art. 1.

264. Type D personality, suboptimal health behaviors and emotional distress in adults with diabetes: Results from Diabetes MILES–The Netherlands / G. Nefs, J. Speight, F. Pouwer [et al.] // *Diabetes research and clinical practice*. – 2015. – Vol. 108, № 1. – P. 94–105.

265. Type-D personality but not depression predicts severity of anxiety in heart failure patients at 1-year follow-up / A. A. Schiffer, S. S. Pedersen, H. Broers [et al.] // *Journal of Affective Disorders*. – 2008. – Vol. 106, № 1–2. – P. 73–81.

266. Usefulness of Type D personality and kidney dysfunction as predictors of interpatient variability in inflammatory activation in chronic heart failure / J. Denollet, A. A. Schiffer, M. Kwaijtaal [et al.] // *The American Journal of Cardiology*. – 2009. – Vol. 103, № 3. – P. 399–404.

267. Wiencierz, S. Type D personality and physical inactivity: the mediating effects of low self-efficacy / S. Wiencierz, L. Williams // *Journal of health psychology*. – 2017. – Vol. 22, № 8. – P. 1025–1034.

268. Witte, K. K. A. The effect of aspirin on the ventilatory response to exercise in chronic heart failure / K. K. A. Witte, A. L. Clark // *European Journal of Heart Failure*. – 2004. – Vol. 6, № 6. – P. 745–748.

269. Worsening of chronic heart failure: definition, epidemiology, management and prevention. A clinical consensus statement by the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology / M. Metra, D. Tomasoni, M. Adamo [et al.] // *European Journal of Heart Failure*. – 2023. – Vol. 25, № 6. – P. 776–791.

270. Wu, L. R. Health perception, pain, and disability as correlates of anxiety and depression symptoms in primary care patients / L. R. Wu, G. R. Parkerson,

P. M. Doraiswamy // *The Journal of the American Board of Family Practice*. – 2002. – Vol. 15, № 3. – P. 183–190.

271. Zavertnik, J. E. Self-care in Older Adults With Heart Failure: An Integrative Review / J. E. Zavertnik // *Clinical Nurse Specialist*. – 2014. – Vol. 28, № 1. – P. 19–32.

272. Ziaecian, B. Epidemiology and aetiology of heart failure / B. Ziaecian, G. C. Fonarow // *Nature Reviews Cardiology*. – 2016. – Vol. 13, № 6. – P. 368–378.

273. Zigmond, A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. – 1983. – Vol. 67, № 6. – P. 361–370.