На правах рукописи

Жидяевский Александр Геннадьевич

Психосоциальная адаптация пациентов с ишемической болезнью сердца к хронической сердечной недостаточности

3.1.20 – Кардиология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Казань – 2023

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:	**Галяутдинов Геншат Саляхутдинович** – доктор медицинских наук, профессор
Научный консультант:	**Менделевич Владимир Давыдович** – доктор медицинских наук, профессор
Официальные оппоненты:	**Шапошник Игорь Иосифович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
	Саликова Светлана Петровна – доктор медицинских наук, доцент, доцент второй кафедры (терапии усовершенствования врачей) Федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации
Ведущая организация:	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита состоится «_____» _____ 2023 года в _____ часов на заседании диссертационного совета 21.2.012.01 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России по адресу: 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 49Б и на сайте: http://www.kazangmu.ru

Автореферат разослан «_____» _____ 2023 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинский наук, профессор Г.Р. Хасанова

Общая характеристика работы

Актуальность исследования

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – одно из наиболее распространенных осложнений всех сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), во многом определяющее их течение и прогноз (Беленков Ю.Н. и др., 2002). Декомпенсация ХСН является причиной стационирования каждого второго больного в медицинские организации, имеющие профильные отделения, а диагноз ХСН фигурирует у 92 % пациентов, госпитализированных в такие стационары (Cleland J.G. et al., 2000). Высокая распространенность заболевания и ее влияние на прогноз ССЗ делает проблему ХСН не только медицинской, но и социальной. Большую актуальность имеет изучение психосоциальных аспектов ССЗ (Погосова Н.В. и др., 2018). Среди причин повторных госпитализаций важную роль играют личностные особенности пациента, психологические характеристики и течение основного заболевания (Мареев В.Ю. и др., 2018). Одним из самых частых сопутствующих заболеваний при ХСН являются тревожно-депрессивные расстройства, ассоциирующиеся с тяжелым клиническим статусом (Angermann C.E. et al., 2008; Sbolli M. et al., 2020). Аффективные расстройства приводят к снижению приверженности к лечению и социальной изоляции пациента (Lahlou-Laforêt K. et al., 2015; Ski C.F. et al., 2012). У пациентов с ХСН фиксируется снижение когнитивных функций как по причине наличия тревожно-депрессивной симптоматики, так и в связи с гипоперфузией головного мозга. Снижение уровня комплаенса регистрируется в половине случаев у пациентов с когнитивными расстройствами, что приводит к декомпенсации заболевания, росту повторных госпитализаций и увеличению летальности (Шестакова М.В. и др., 2007; Баранов А.П. и др., 2017). Уровень качества жизни (КЖ), в свою очередь, непосредственно влияет на тяжесть течения ХСН (Mastenbroek M.H. et al., 2014). Важно добавить, что наличие коморбидной патологии существенно ухудшает течение заболевания и его прогноз (Оганов Р.Г. и др., 2019).

Известно, что социально-экономические факторы, включающие уровень образования, доходов и профессию, ассоциированы с тяжестью заболевания и уровнем смертности (Haing W. et al., 2017; Мусилим М.Б., и др., 2020; Stringhini S. et al., 2010). Нездоровый образ жизни, избыточный вес и склонность к чрезмерному потреблению алкоголя и табака оказывают негативное влияние на течение и прогноз ХСН (Huxley R.R. et al., 2011; Allen L. et al., 2017; Schultz W.M. et al., 2018; Bruthans J. et al., 2016). Низкий уровень социальной поддержки и общественная депривация при ХСН способны приводить к снижению выживаемости и менее благоприятному прогнозу (Rozanski A. et al., 2005; Lett H.S. et al., 2005).

Таким образом, изучение особенностей адаптации к ХСН в зависимости от тяжести течения заболевания, а также социально-демографических и психологических характеристик пациентов представляет значительный научный и практический интерес.

Степень разработанности темы

Динамика прогрессирования ХСН, возможность реализации пациентом адаптационных механизмов в условиях болезни зависит от устойчивости организма при воздействии целого комплекса факторов. От успешности адаптации к болезни с социальной и психологической точки зрения зависит КЖ пациента, медицинский прогноз и успешность кардиореабилитационных мероприятий (Ефремова Е.В. и др., 2021; Rutledge T. et al., 2013; Piepoli M.F. et al., 2010; Sharp J. et al., 2007; Blumenthal J.A., 2007; Albus C. et al., 2004). Несмотря на многочисленные исследования, посвященные психологическим особенностям личности пациентов с ХСН, сопровождающими данное заболевание аффективными расстройствами, нарушением когнитивных функций и изменением КЖ, не сформировано единое представление о комплексном профиле такого больного и отсутствует универсальный подход к оценке его адаптации/адаптационного потенциала. При существующем многообразии методик врачу сложно подобрать удобный скрининговый инструмент, который позволил бы оценить адаптационные возможности пациента к ХСН и инициировать соответствующие мероприятия. Такой метод оценки уровня психосоциальной адаптации к ХСН позволит принимать необходимые меры для своевременного выявления психосоциальных факторов риска с целью коррекции дезадаптивных процессов и оптимизации ведения пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), что является чрезвычайно актуальной задачей в реальной клинической практике.

Цель исследования

Оценить клиническую значимость психосоциальной адаптации к хронической сердечной недостаточности для оптимизации ведения пациентов с ишемической болезнью сердца.

Задачи исследования

1. Изучить особенности психосоциальной адаптации пациентов с ишемической болезнью сердца в зависимости от тяжести сердечной недостаточности.
2. Определить характерные черты психосоциальной адаптации к сердечной недостаточности с учетом социально-демографических характеристик, личностных и психологических особенностей пациентов с ишемической болезнью сердца.
3. Исследовать основные аспекты психосоциальной адаптации к сердечной недостаточности у пациентов с ишемической болезнью сердца в группах лиц с сохранной, умеренно-сниженной, сниженной фракцией выброса левого желудочка сердца.
4. Определить профиль пациентов с ишемической болезнью сердца исходя из уровня психосоциальной адаптации к хронической сердечной недостаточности.
5. Оценить взаимосвязь психосоциальной адаптации с тяжестью хронической сердечной недостаточности и качеством жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Научная новизна

Впервые изучены способы психосоциальной адаптации пациента с ИБС к ХСН и проведена оценка влияния различных клинических, личностных и социальных факторов на дезадаптацию.

Разработана анкета по оценке психосоциальной адаптации пациентов с ИБС к ХСН.

Определены профили пациентов с ИБС в зависимости от уровня психосоциальной адаптации к ХСН.

Теоретическая и практическая значимость работы

Результаты проведенного исследования позволяют сформировать представления о процессах психосоциальной адаптации пациентов к ХСН при влиянии комплекса социальных, личностных и клинических факторов на заболевание.

Материалы диссертации могут быть использованы:

1) в учебном процессе – в преподавании дисциплины «Госпитальная терапия» в рамках программ специалитета 31.05.01 Лечебное дело и 31.05.02 Педиатрия, программ ординатуры по специальности 31.08.20 Психиатрия, 31.08.36 Кардиология, 31.08.49 Терапия, 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина), а также курсов повышения квалификации врачей;

2) в научной работе – как основа для дальнейшего изучения вопросов психосоциальной адаптации пациента с ИБС к ХСН;

3) в практическом здравоохранении – для оценки уровня психосоциальной адаптации к ХСН с целью сокращения сроков диагностических мероприятий со стороны клинического психолога/лечащего врача, что позволит рекомендовать адекватный реабилитационный подход исходя из выраженности дезадаптивного процесса, оптимизировать тактику ведения пациентов с ИБС и в целом повысить эффективность лечебно-реабилитационного процесса.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Тяжесть клинического течения заболевания, социально-демографические характеристики и личностные особенности пациента с ИБС оказывают влияние на психосоциальную адаптацию к ХСН.

2. Признаки, демонстрирующие истощение социальных и психологических механизмов адаптации, нарастают с увеличением степени тяжести ХСН и опосредуются выраженными невротическими расстройствами.

3. Высокий уровень психосоциальной адаптации к ХСН отмечается у пациентов с сохранной фракцией выброса левого желудочка, а нарастание признаков дезадаптации сопровождается ухудшением течения ХСН.

4. Оптимизация ведения пациентов с ИБС требует определения уровня психосоциальной адаптации к ХСН.

Степень достоверности, апробация результатов

Достоверность диссертационной работы определяется соответствием ее дизайна критериям доказательной медицины, анализом репрезентативных выборок обследованных пациентов с использованием современных разноплановых методов исследования, применением статистических методов, адекватных поставленным задачам. Выводы, положения и практические

рекомендации аргументированы и логически вытекают из системного анализа результатов исследования.

Результаты работы доложены и обсуждены на 7-ой Всероссийской конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (г. Самара, 2018), XI Всероссийской ежегодной научно-практической конференции врачей медико-санитарных частей МВД РФ с участием врачей Республики Татарстан «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике» (г. Казань, 2018), Конгрессе с международным участием «Сердечная недостаточность» (г. Москва, 2018), 8-ой Всероссийской конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы», (г. Самара, 2019), XII Всероссийской ежегодной научно-практической конференции врачей медико-санитарных частей МВД РФ с участием врачей Республики Татарстан «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики в общемедицинской практике» (г. Казань, 2019), Ежегодной Всероссийской научно-практической конференции «Кардиология на марше!» и 60-ой сессии, посвященных 75-летию ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России (г. Москва, 2020), Российском национальном конгрессе кардиологов 2020 с международным участием (г.Казань, 2020), 9-ой Всероссийской конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (г. Самара, 2020), Национальном Онлайн-Конгрессе с международным участием «Сердечная недостаточность 2020» (г. Москва, 2020), Ежегодной Всероссийской научно-практической конференции «Кардиология на марше 2021» и 61-ой сессии ФГБУ «НМИЦ Кардиологии» Минздрава России (г. Москва, 2021), Российском национальном конгрессе кардиологов 2021 (г. Санкт-Петербург, 2021), 10-ой Всероссийской онлайн конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (г. Самара, 2021), Российском национальном конгрессе кардиологов 2022 (г. Казань, 2022), online RUSSIA PREVENT 2022: КАРДИОЛОГИЯ, 11-ой Всероссийской конференции «Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы» (г. Самара, 2022), Конгрессе с международным участием «Сердечная недостаточность 2022» (г. Москва, 2022).

По материалам диссертации опубликовано 19 печатных работ, из них 3 статьи в научных рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации для публикации результатов диссертационных исследований. Получены свидетельство о государственной регистрации базы данных и патент Российской Федерации на изобретение.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования внедрены в работу терапевтического отделения ГАУЗ «Клиника медицинского университета» г. Казани, кардиологических отделений ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани. Практические рекомендации и теоретические положения применяются в учебном процессе на кафедре госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Личное участие

Диссертантом самостоятельно подготовлен аналитический обзор научной литературы по теме диссертации, сформулированы цель и задачи научного исследования, разработан дизайн исследования. Проведен набор и включение пациентов в исследование, их наблюдение, клиническое обследование, интерпретация результатов опросников. Автором проведена статистическая обработка результатов. Разработан патент на изобретение в соавторстве с научным руководителем и научным консультантом. В ходе работы были сформулированы основные положения, выносимые на защиту, выводы и практические рекомендации, а также очерчены дальнейшие перспективы развития данной темы. Диссертантом самостоятельно оформлены к печати публикации по результатам исследования.

Объём и структура диссертации

Материалы диссертации изложены на 199 страницах и включают введение, обзор литературы, описание материала и методов собственного исследования, главу результатов собственных исследований, обсуждение полученных результатов, выводы и практические рекомендации, список сокращений, указатель литературы, включающий 387 источников, 222 из которых зарубежные, а также список иллюстративного материала и приложения. Работа иллюстрирована 33 таблицами и 36 рисунками.

Содержание работы

Материал и методы исследования

Диссертационное исследование выполнено на кафедре госпитальной терапии ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. Набор материала осуществлялся на клинических базах: ГАУЗ «Городская поликлиника № 18» г. Казани, терапевтическом отделении ГАУЗ «Клиника медицинского университета» г. Казани, кардиологическом отделении № 3 ГАУЗ «ГКБ № 7» г. Казани. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России.

Дизайн исследования: кросс-секционное аналитическое. Работа состояла из двух этапов. Пациенты отобраны методом случайной выборки.

На первом этапе с целью изучения способов психологической и социальной адаптации к ХСН обследовано 144 пациента с ИБС в возрасте 50–74 лет (средний возраст 62,6 ±7,01 лет). Основная группа состояла из 120 пациентов с ИБС и ХСН I-IV функционального класса (ФК) (83,3%). Группа сравнения была представлена 24 пациентами с ИБС без ХСН (16,7%).

Критерии включения в основную группу: мужчины и женщины; возраст от 50 до 74 лет; информированное согласие на участие в исследовании; наличие у пациента клинически подтвержденной ХСН, включая лиц с постоянной формой неклапанной фибрилляции предсердий (ФП).

Критерии включения в группу сравнения: мужчины и женщины; возраст от 50 до 74 лет, информированное согласие на участие в исследовании; пациенты со стабильной стенокардией напряжения функциональный класс I–II без клинико-инструментальных признаков ХСН.

Критерии исключения из исследования: тяжёлое заболевание или состояние пациента, ограничивающее возможность участия в исследовании; нестабильная стенокардия; психические заболевания; зависимость от психоактивных веществ или имеющие аддиктивные расстройства (алкоголизм, наркомания) в анамнезе; нарушение мозгового кровообращения в анамнезе; инфекционный эндокардит, миокардит, диффузные заболевания соединительной ткани в анамнезе; онкологические заболевания в анамнезе; пациенты с ранее диагностированной деменцией, либо энцефалопатией различного генеза, перенесшие травмы головного мозга; отказ пациента подписать информированное согласие на участие в исследовании.

На втором этапе исследования было обследовано 120 человек с ИБС и ХСН в возрасте 50–74 лет (средний возраст 63,2 ±7,02 лет). Использовалась специализированная анкета, позволяющая определить степень нарушения психосоциальной адаптации пациента с ИБС к ХСН (анкета ПСА). По разработанной анкете получен патент на изобретение. Первая группа состояла из 40 человек и была представлена пациентами, адаптированными к ХСН (АдХСН). Во вторую группу вошли 65 человек и третью группу вошли 15 человек, которые были либо условно адаптированы (УАдХСН), либо дезадаптированы (ДАдХСН) к своему заболеванию соответственно. Критерии включения и исключения в исследование пациентов соответствовали критериям включения в основную группу исследования и исключения из исследования.

В ходе первого и второго этапов исследования у каждого пациента производилась оценка клинического течения заболевания, личностных и психологических особенностей, а также изучались социально-демографические характеристики (Рисунок1).

Статистическая обработка результатов исследования

Статистический анализ и визуализация полученных данных проводились с использованием среды для статистических вычислений R 4.2.1 (R Foundation for Statistical Computing, Вена, Австрия).

Результаты описательной статистики представлены в виде числа наблюдений (процент наблюдений) для качественных переменных и среднего (стандартное отклонение) и медианы (1–ый и 3–ий квартили) – для количественных. Для изучения ассоциации категориальных переменных использовался точный тест Фишера. Для сравнения количественных переменных использовался тест Краскела–Уоллиса, в качестве post hoc метода использовался тест Данна. Корреляционный анализ количественных переменных проводили с использованием рангового коэффициента корреляции (ρ) Спирмена. Корреляционный анализ для порядковых переменных проводили с использованием коэффициента корреляции (τB) Кендалла.

Для оценки межгрупповых различий в отношении корреляции порядковых и количественных переменных использовались линейные модели с включением зависимых и независимых переменных после ранговой трансформации и термина взаимодействия между независимой переменной и группирующим фактором. Критический уровень значимости p считали равным 0,05.

Рисунок 1 – Методы оценки клинического течения заболевания, психической и социальной адаптации пациентов
Примечание: AUDIT– C – сокращенная версия теста для оценки потребления алкоголя; ШОКС – шкала оценки клинического состояния; ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка; ХСНсФВ – сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса левого желудочка; H2FPEF – шкала для диагностики хронической сердечной недостаточности с сохранной фракцией выброса левого желудочка; СМОЛ – сокращенный многофакторный опросник для исследования личности; SF-36 – краткая форма оценки здоровья; MLHFQ – Миннесотский опросник качества жизни у больных с ХСН; MSPSS – многомерная шкала восприятия социальной поддержки; MMSE – краткая шкала оценки психического статуса; DS14 – тест для выявления лиц с наличием типа поведения D.

Результаты исследования и их обсуждение

В рамках 1 этапа исследования были изучены особенности ПСА пациентов с ИБС в зависимости от тяжести ХСН и ФВ ЛЖ с учетом социально-демографических характеристик, личностных и психологических особенностей.

Выявлена корреляция между возрастом (τ=0,17, 95% ДИ: 0,05; 0,29, p=0,0083), уровнем образования (τ=-0,31, 95% ДИ: -0,44; -0,19, p<0,0001), а также уровнем личного (τ=-0,36, 95% ДИ: -0,46; -0,26, p<0,0001) и семейного (τ=-0,22, 95% ДИ: -0,32; -0,12, p=0,0009) дохода с ФК ХСН. Стаж заболевания ассоциировался с ФК ХСН (τ=0,26, 95% ДИ: 0,16; 0,37, p<0,0001). Наличие/группа инвалидности коррелировала с ФК ХСН (τ=0,39, 95% ДИ: 0,31; 0,47, p<0,0001). Пациенты с ХСН чаще злоупотребляли алкоголем (p<0,0001).

Обнаружена корреляционная связь между ФК ХСН и баллами по всем компонентам опросника для выявления и оценки невротических состояний: шкале тревоги (τ=-0,22, 95% ДИ: -0,33; -0,11, p=0,0005), шкале невротической депрессии (τ=-0,26, 95% ДИ: -0,38; -0,15, p<0,0001), шкале астении (τ=-0,34, 95% ДИ: -0,45; -0,23, p<0,0001), шкале истерического типа реагирования (τ=-0,27, 95% ДИ: -0,38; -0,16, p<0,0001), шкале обсессивно-фобических нарушений (τ=-0,26, 95% ДИ: -0,37; -0,15, p<0,0001), шкале вегетативных нарушений (τ=-0,37, 95% ДИ: -0,46; -0,27, p<0,0001).

Тип личности D чаще встречался у пациентов с ХСН ФК IV при сравнении с пациентами без ХСН и ХСН I-II ФК (p=0,0105, 0,031 и 0,0401, соответственно), также была выявлена тенденция к большей частоте выявления типа личности D при сравнении пациентов с ФК III и ФК IV (p=0,0722).

ФК ХСН коррелировал с баллами по всем оценочным шкалам опросника СМОЛ (p<0,05)(рисунок 2).

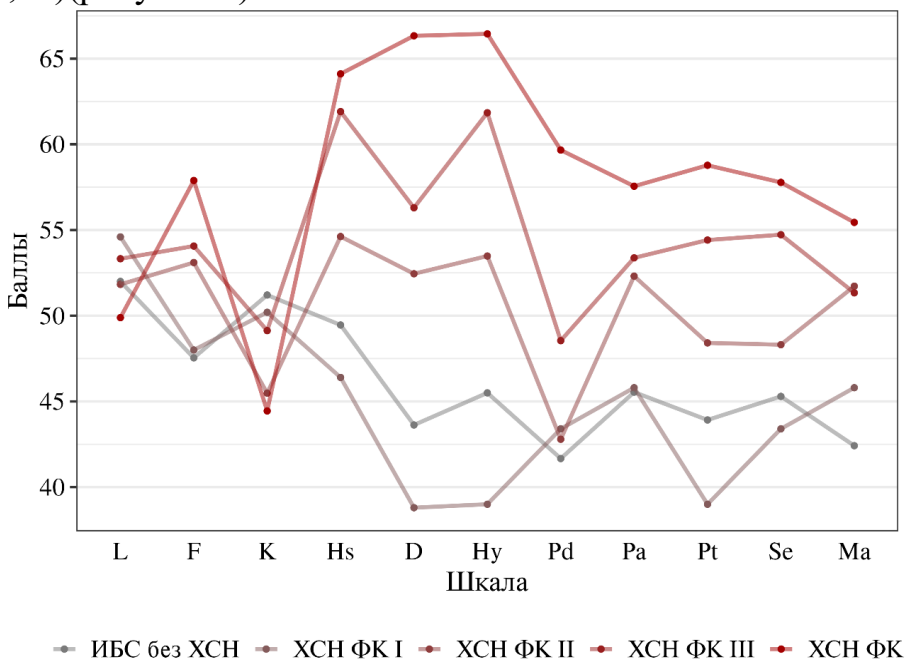

Рисунок 2 – Профиль личности пациентов исследуемых групп

Примечание: L – шкала лжи, F – шкала достоверности, K – шкала коррекции, Hs – шкала ипохондрии, D – шкала депрессии, Hy – шкала истерии, Pd – шкала психопатии, Pa – шкала паранойяльности, Pt – шкала психастении, Se – шкала шизоидности, Ma – шкала гипомании.

При проведении попарных межгрупповых сравнений были выявлены различия в отношении шкалы ипохондрии при сравнении пациентов с ИБС без ХСН и с ХСН II-IV ФК (p=0,0356, <0,0001 и 0,0002, соответственно), ХСН ФК I и ФК II-IV (p=0,0565, 0,0004 и 0,0012), ХСН ФК II и ХСН III-IV (p=0,0013 и 0,02); в отношении шкалы депрессии при сравнении пациентов с ИБС без ХСН и с ХСН II-IV ФК (p=0,004, <0,0001 и <0,0001, соответственно), ХСН ФК I и ХСН II-IV (p=0,0066, 0,0005 и <0,0001), ХСН ФК IV и ХСН II-III (p=0,0049 и 0,0246); в отношении шкалы истерии при сравнении пациентов с ИБС без ХСН и с ХСН II-IV ФК (p=0,0096, <0,0001 и <0,0001, соответственно), ХСН ФК I и ФК II-IV (p=0,021, 0,0003 и 0,0005), ХСН ФК II и ХСН III-IV (p=0,0123 и 0,0298); в отношении шкалы гипомании при сравнении пациентов с ИБС без ХСН и с ХСН II-IV ФК (p=0,0006, 0,0004 и 0,0008, соответственно), ХСН ФК II и ФК IV (p=0,0487).

При попарных межгрупповых сравнениях результатов исследования пациентов с использованием опросника MSPSS были установлены различия в отношении уровня социальной поддержки семьи между пациентами с ХСН IV ФК и пациентами без ХСН и с ХСН I-III ФК (p=0,0011, 0,0019, 0,0117 и 0,0005, соответственно). Между ФК ХСН и социальной поддержкой от значимых других была выявлена корреляция (τ=-0,16, 95% ДИ: -0,30; -0,03, p=0,0162).

При проведении межгрупповых сравнений результатов теста MMSE были обнаружены различия между группами пациентов без ХСН и с ХСН III-IV ФК (p<0,0001 и 0,0004, соответственно), а также при сравнении групп пациентов с ФК II и ФК III-IV (p=0,0027 и 0,0181, соответственно). Оценка по опроснику коррелировала с ФК ХСН (τ=-0,37, 95% ДИ: -0,48; -0,26, p<0,0001).

Показатель «Физический компонент здоровья» (ФКЗ) и показатель «Психологический компоненты здоровья» (ПКЗ) опросника SF-36 коррелировали с ФК ХСН (τ=-0,45, 95% ДИ: -0,55; -0,35, p<0,0001; τ=-0,23, 95% ДИ: -0,35; -0,11, p=0,0004, соответственно).

ФК ХСН ассоциировался с результатами опросника MLHFQ (τ=0,37, 95% ДИ: 0,24; 0,50, p<0,0001). Различия были выявлены при сравнении пациентов с ФК IV и пациентов с ФК I-III (p<0,0001,<0,0001 и 0,0031), пациентов с ФК III и пациентов с ФК I-II (p=0,0012 и 0,0132) и при сравнении пациентов с ФК II и ФК I (p=0,0486).

ФК ХСН коррелировал с индексом коморбидности Чарлсон (ИКЧ) (τ=0,56, 95% ДИ: 0,46; 0,66, p<0,0001) и значением оценки индекса полиморбидности Kaplan-Feinstein (ИПКФ) (τ=0,57, 95% ДИ: 0,48; 0,67, p<0,0001).

При сравнительном анализе были обнаружены отличия между пациентами ХСНсФВ и умеренно сниженной (ХСНунФВ) – сниженной ФВ (ХСНнФВ) в отношении уровня личного дохода (p=0,0051 и 0,0082, соответственно). ФВ ЛЖ коррелировала с уровнем личного дохода (ρ=0,34, 95% ДИ: 0,17; 0,49, p=0,0002). Выявлена корреляция ФВ ЛЖ и оценки по шкале AUDIT-C (ρ=-0,23, 95% ДИ: -0,39; -0,05, p=0,0132).

При сравнительном анализе результатов клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний были выявлены различия по шкале тревоги при сравнении группы пациентов с ХСНнФВ с пациентами с

ХСНсФВ (p=0,0007) и ХСНунФВ (p=0,0014); между группами пациентов с ХСНунФВ или ХСНнФВ и ХСНсФВ были выявлены в отношении шкалы невротической депрессии (p<0,0001 и 0,0056, соответственно), шкалы астении (p<0,0001 и 0,05, соответственно) и шкалы вегетативных нарушений (p<0,0001 и 0,0209). В отношении шкалы истерического типа реагирования были выявлены различия при сравнении пациентов с ХСНунФВ и ХСНсФВ (p<0,0001), а в отношении шкалы обсессивно-фобических нарушений – при сравнении пациентов с ХСНунФВ и пациентов с ХСНсФВ или ХСНнФВ (p=0,0002 и 0,0076, соответственно).

Статистически значимые отличия были выявлены при сравнении пациентов с ХСНунФВ или ХСНнФВ с пациентами с ХСНсФВ в отношении частоты выявления типа личности D (p=0,0009).

При анализе полученных результатов опросника СМОЛ (рисунок 3) были вывялены отличия: между пациентами с ХСНунФВ или ХСНнФВ и пациентами с ХСНсФВ по шкале ипохондрии (p<0,0001 и 0,0483, соответственно) и между пациентами со ХСНунФВ и ХСНнФВ (p=0,0298); между пациентами с ХСНунФВ или ХСНнФВ и пациентами с ХСНсФВ в отношении шкалы депрессии (p<0,0001 и 0,0205, соответственно); между пациентами с ХСНсФВ и ХСНнФВ при сравнении с пациентами с ХСНунФВ в отношении шкалы истерии (p<0,0001 и 0,0032, соответственно); между пациентами со ХСНунФВ или ХСНнФВ и пациентами с ХСНсФВ в отношении шкалы психопатии (p=0,0001 и 0,0514, соответственно).

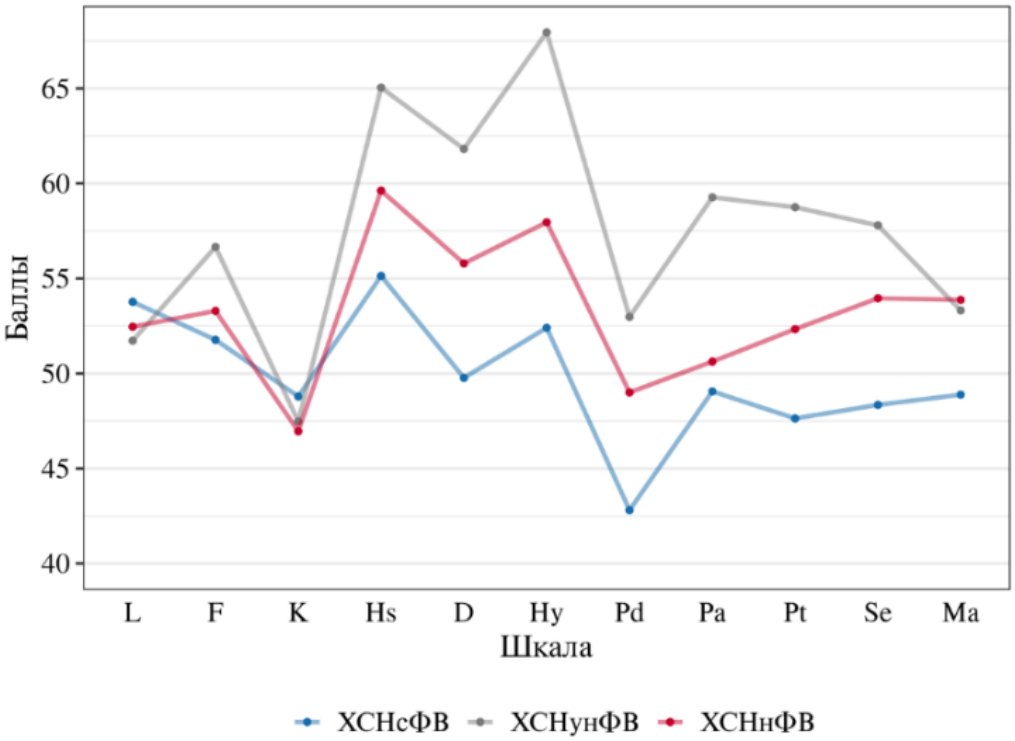

Рисунок 3 – Профиль личности пациентов исследуемых групп

Обнаружены различия в уровне социальной поддержки от значимых других опросника MSPSS при сравнении пациентов с ХСНсФВ и ХСНунФВ/ХСНнФВ (p=0,0012 и 0,0353, соответственно).

ФВ ЛЖ ассоциировалась с результатами опросника SF-36 по показателю ФКЗ (ρ=0,27, 95% ДИ: 0,09; 0,43, p=0,003), а также показателю ПКЗ (ρ=0,19, 95% ДИ: 0,01; 0,36, p=0,0369). Установлены различия при сравнении групп пациентов с ХСНсФВ и ХСНунФВ/ХСНнФВ (p=0,0001 и 0,0137, соответственно) в отношении опросника MLHFQ.

Выявлена разница в приверженности терапии при сравнении исследуемых групп (p=0,0036). При сравнительном анализе были выявлены различия в отношении результатов теста Мориски-Грина: в группах пациентов с ХСНунФВ и ХСНнФВ чаще встречались пациенты низкой комплаентностью по сравнению с пациентами с ХСНсФВ (p=0,0083 и 0,0107 соответственно).

Корреляционный анализ выявил ассоциацию ФВ ЛЖ и ИКЧ (ρ=-0,35, 95% ДИ: -0,50; -0,18, p<0,0001), а также ИПКФ (ρ=-0,47, 95% ДИ: -0,60; -0,32, p<0,0001).

В рамках 2 этапа исследования определены профили пациентов с ИБС исходя из уровня ПСА к ХСН. Выявлена взаимосвязь ПСА с тяжестью течения ХСН и КЖ у пациентов с ИБС.

При сравнительном анализе было выявлено, что ДАдХСН и УАдХСН имели более низкий уровень образования по сравнению с АдХСН (p=0,0179 и 0,0073, соответственно).

АдХСН имели более высокий уровень личного дохода по сравнению с УАдХСН и ДАдХСН (p=0,0048 и <0,0001, соответственно), кроме того, была выявлена разница в уровне дохода УАдХСН и ДАдХСН (p=0,0125). АдХСН также имели более высокий уровень семейного дохода по сравнению с УАдХСН и ДАдХСН (p=0,1087 и 0,015, соответственно).

При анализе результатов анкеты ПСА и клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний была установлена корреляция: со значениями шкалы тревоги (ρ=-0,53, 95% ДИ: -0,65; -0,39, p<0,0001), шкалы невротической депрессии (ρ=-0,71, 95% ДИ: -0,79; -0,60, p<0,0001), шкалы астении (ρ=-0,77, 95% ДИ: -0,83; -0,68, p<0,0001), шкалы истерического типа реагирования (ρ=-0,64, 95% ДИ: -0,73; -0,52, p<0,0001), шкалы обсессивно-фобических нарушений (ρ=-0,64, 95% ДИ: -0,73; -0,52, p<0,0001), шкалы вегетативных нарушений (ρ=-0,72, 95% ДИ: -0,80; -0,63, p<0,0001).

Тип личности D чаще регистрировался у УАдХСН и ДАдХСН по сравнению с АдХСН (p=0,0087 и <0,0001, соответственно) и у ДАдХСН при сравнении с УАдХСН (p<0,0001).

При попарных межгрупповых сравнениях результатов опросника СМОЛ (рисунок 4) были установлены отличия в отношении шкалы: ипохондрии при сравнении УАдХСН и ДАдХСН с АдХСН (p<0,0001) и при сравнении УАдХСН и ДАдХСН (p=0,0022); депрессии при сравнении УАдХСН и ДАдХСН с АдХСН (p<0,0001) и при сравнении УАдХСН и ДАдХСН (p=0,0003); истерии при сравнении УАдХСН и ДАдХСН с АдХСН (p<0,0001) и при сравнении УАдХСН и ДАдХСН (p=0,002); психопатии при сравнении УАдХСН и ДАдХСН с АдХСН (p=0,0035 и <0,0001) и при сравнении условно УАдХСН и ДАдХСН (p=0,0025); гипомании при сравнении УАдХСН и ДАдХСН с АдХСН (p=0,0038 и 0,0171).

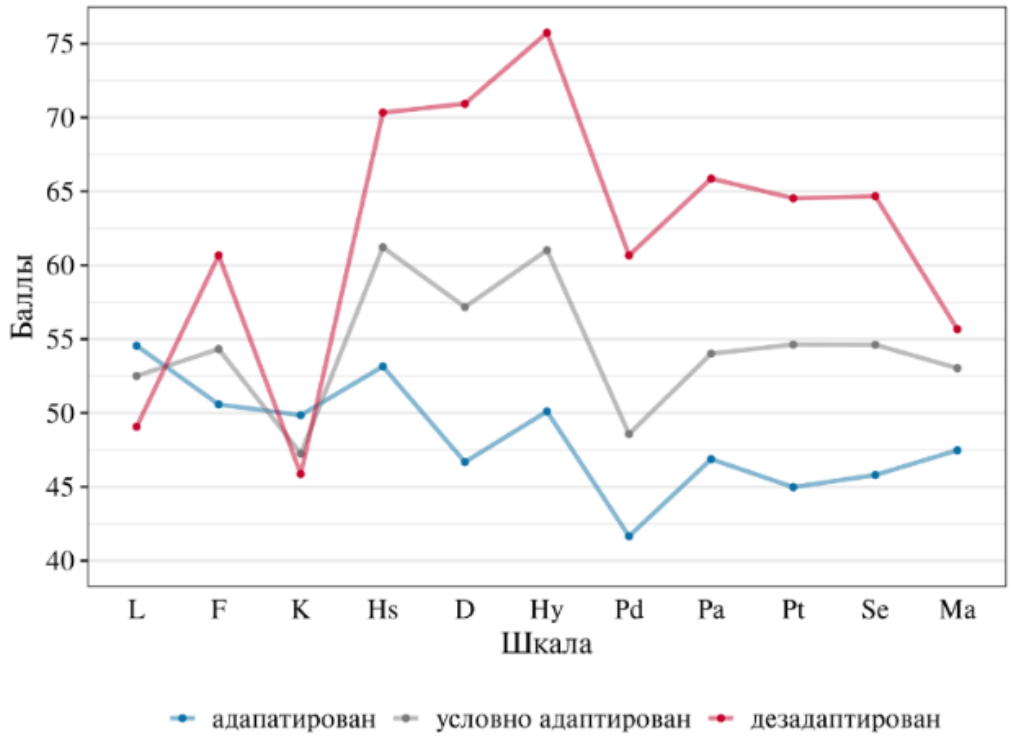

Рисунок 4 – Профиль личности пациентов исследуемых групп

Значения анкеты ПСА коррелировали с уровнем социальной поддержки семьи (ρ=-0,37, 95% ДИ: -0,51; -0,20, p<0,0001), друзей (ρ=-0,35, 95% ДИ: -0,50; -0,18, p=0,0001) и от значимых других (ρ=-0,43, 95% ДИ: -0,57; -0,28, p<0,0001) опросника MSPSS.

Выявлена ассоциация результатов теста MMSE и значений по анкете ПСА (ρ=-0,33, 95% ДИ: -0,48; -0,16, p=0,0002).

Выявлена разница в приверженности терапии при сравнении исследуемых групп (p<0,0001). При сравнении УАдХСН и ДАдХСН была выявлена меньшая приверженность к терапии согласно результатам теста Мориски-Грина по сравнению с АдХСН (p=0,0001 и 0,0004, соответственно).

В отношении ИКЧ и ИПКФ была выявлена ассоциация с результатами анкеты ПСА (ρ=0,32, 95% ДИ: 0,15; 0,47, p=0,0003 и ρ=0,34, 95% ДИ: 0,17; 0,49, p=0,0002).

УАдХСН и ДАдХСН имели меньшую ФВ ЛЖ (Таблица 1) по сравнению с АдХСН (p<0,0001 и 0,0003, соответственно).

Установлено, что УАдХСН и ДАдХСН имели меньшую ФВ ЛЖ по сравнению с АдХСН (p<0,0001), кроме того, разница была обнаружена и при сравнении УАдХСН и ДАдХСН (p=0,0012). ФВ ЛЖ коррелировала со значениями анкеты ПСА (ρ=-0,46, 95% ДИ: -0,59; -0,30, p<0,0001).

При сравнительном анализе было выявлено, что в группе АдХСН ФК ХСН был ниже по сравнению с УАдХСН и ДАдХСН (p=0,0007 и 0,0005, соответственно), уровень дезадаптации коррелировал с ФК ХСН (τ=0,38, 95% ДИ: 0,25; 0,50, p<0,0001). Также уровень дезадаптации коррелировал с баллами ШОКС (τ=0,46, 95% ДИ: 0,34; 0,58, p <0,0001). Среди ДАдХСН чаще встречалась ФП по сравнению с АдХСН (p=0,0323).

Таблица 1 – Клиническая характеристика обследованных групп пациентов

Изучаемые показатели	Обследованные пациенты с ИБС и ХСН			p
	Адапатирован n=40	Условно адаптирован n=65	Дезадаптирован n=15	
ФВ	53,1 (6,2) 54 (50,8–57)	44,8 (10,8) 46 (38–53)	43,8 (5,5) 45 (42,5–47)	<0,0001
Группа по ФВ				<0,0001
ХСНсФВ	31 (77,5%)	20 (30,8%)	0 (0%)	
ХСНунФВ	8 (20,0%)	23 (35,4%)	11 (73,3%)	
ХСНнФВ	1 (2,5%)	22 (33,8%)	4 (26,7%)	
ФК				0,0002
I	3 (7,5%)	0 (0%)	0 (0%)	
II	22 (55,0%)	14 (21,5%)	0 (0%)	
III	15 (37,5%)	44 (67,7%)	12 (80,0%)	
IV	0 (0%)	7 (10,8%)	3 (20,0%)	
ШОКС				0,0001
≤ 3 балла	3 (7,5%)	0 (0%)	0 (0%)	
4 – 6 баллов	22 (55,0%)	14 (21,5%)	0 (0%)	
7 – 9 баллов	15 (37,5%)	44 (67,7%)	12 (80,0%)	
> 9 баллов	0 (0%)	7 (10,8%)	3 (20,0%)	
ФП	16 (40,0%)	37 (56,9%)	11 (73,3%)	0,0415

Показатели ФКЗ и ПКЗ опросника SF-36 коррелировали с баллами по анкете ПСА (ρ=-0,54, 95% ДИ: -0,65; -0,40, p<0,0001 и ρ=-0,56, 95% ДИ: -0,67; -0,42, p<0,0001). Баллы по опроснику MLHFQ коррелировали со значением по анкете ПСА (ρ=0,63, 95% ДИ: 0,51; 0,73, p<0,0001).

Выводы

1. Признаки, демонстрирующие истощение социальных и психологических механизмов адаптации пациентов с ИБС, нарастают по мере увеличения тяжести и продолжительности течения ХСН (τ=0,26, 95% ДИ: 0,16; 0,37, p<0,0001).
2. Снижение социальных и психологических механизмов адаптации к ХСН у пациентов с ИБС происходит вместе с увеличением возраста и характеризуется склонностью к пагубному употреблению алкоголя, низким уровнем образования, личного и семейного финансового благосостояния, а также утратой трудоспособности и сопровождается симптомами расстройств невротического спектра, проявляющимися изменением аффекта, выраженной социальной изоляцией, склонностью уклоняться от общения с окружающими, замкнутостью на собственных проблемах, стремлением к госпитализму и израсходованием механизмов адаптации, слабой социальной поддержкой от окружающих, низкими значениями качества жизни, когнитивного

потенциала (τ=-0,37, 95% ДИ: -0,48; -0,26, p<0,0001) и высокими значениями индекса коморбидности.

3. Нарастание психической и социальной дезадаптации к ХСН у пациентов с ИБС происходит по мере снижения ФВ ЛЖ и сопровождается склонностью к злоупотреблению алкоголем (ρ=-0,23, 95% ДИ: -0,39; -0,05, p=0,0132), низким уровнем личного финансового благосостояния (ρ=0,34, 95% ДИ: 0,17; 0,49, p=0,0002), характеризуется повышением уровня невротизации, склонностью к невротическим защитным реакциям конверсионного типа, высоким индексом коморбидности и низкой приверженностью терапии.

4. Профили пациентов с ХСН в зависимости от уровня психосоциальной адаптации достоверно различаются по уровню образования, личному и семейному финансовому благосостоянию, а также особенностям личностного реагирования, выраженности невротических расстройств и тенденции к типу поведения D, уровню социальной поддержки, выраженности когнитивных нарушений (ρ=-0,33, 95% ДИ: -0,48; -0,16, p=0,0002), приверженности лечению и наличию коморбидной патологии.

5. Тяжесть ХСН и значения ШОКС уменьшаются, показатели ФВ ЛЖ и качества жизни увеличиваются у пациентов с ИБС при повышении уровня психосоциальной адаптации.

Практические рекомендации

Разработанная анкета, позволяющая определить уровень психосоциальной адаптации к ХСН, рекомендуется для практической деятельности с целью оптимизации тактики ведения пациентов с ИБС.

При выявлении признаков снижения уровня психосоциальной адаптации к ХСН у пациентов с ИБС рекомендуется привлекать в лечебный процесс специалиста в области медицинской психологии/психотерапии для коррекции дезадаптивных процессов.

Перспективы дальнейшей разработки темы

Перспективами дальнейшей разработки темы является исследование эффективности психотерапевтической помощи, а также оценка влияния традиционных лекарственных препаратов на психосоциальную адаптацию к ХСН у пациентов с ИБС. Полученные результаты могут стать основой для формирования оптимальной траектории лечебно-диагностической помощи и улучшения тактики вторичной профилактики ХСН.

Список публикаций по теме исследования

1. Когнитивные функции, качество жизни и комплаентность к лечению пациентов с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью в зависимости от приобретенного социального статуса / **А.Г. Жидяевский,** Е.А. Горохова, К.Р. Ибрагимова [и др.] // Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы: материалы 8-й Всероссийской конференции. – Самара, 2019. – С. 63.

2. Психосоциальная адаптация пациентов с ишемической болезнью сердца к хронической сердечной недостаточности/ Г.С. Галяутдинов, В.Д. Менделевич, **А.Г. Жидяевский** [и др.] // Кардиология. – 2020. – № 60 (1). – С. 150. – DOI:10.18087/cardio.2020.1.n995.

3. **Жидяевский, А.Г.** Психосоциальная адаптация пациентов с фибрилляцией предсердий к хронической сердечной недостаточности / А.Г. Жидяевский, Г.С. Галяутдинов, К.Р. Ибрагимова// Кардиология. – 2020. – № 60 (1). – С. 150-151.
4. **Жидяевский, А.Г.** Психосоциальная адаптация пациентов к хронической сердечной недостаточности / **А.Г. Жидяевский**, Г.С. Галяутдинов, К. Р. Ибрагимова // Кардиологический вестник. – 2020. – № S. – С. 63.
5. Психосоциальная адаптация пациентов с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от приобретенного социального статуса / Г.С. Галяутдинов, В.Д. Менделевич, **А.Г. Жидяевский** [и др.] // Материалы Российского национального конгресса кардиологов – 2020. – Казань, 2020. – С. 752.
6. Галяутдинов, Г.С. Психосоциальная адаптация к хронической сердечной недостаточности у пациентов с сохраненной и сниженной фракцией выброса левого желудочка / Г.С. Галяутдинов, А.Г. **Жидяевский** // Профилактическая медицина. – 2020. – № 23 (2). – С. 13.
7. Психосоциальная адаптация пациентов к хронической сердечной недостаточности / **А.Г. Жидяевский,** Г.С. Галяутдинов, В.Д. Менделевич [и др.] // Кардиология. – 2021. – № 61 (2). – С. 126-127. – DOI: 10.18087/cardio.2021.2.n1562.
8. **Жидяевский, А.Г.** Психосоциальная адаптация пациентов к хронической сердечной недостаточности у пациентов с ишемической болезнью сердца / **А.Г. Жидяевский**, Г.С. Галяутдинов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – № 20 (1S). – С. 31. – DOI:10.15829/1728–8800–2021–1S.
9. Психосоциальная адаптация к хронической сердечной недостаточности у пациентов с ишемической болезнью сердца / **А.Г. Жидяевский,** Г.С. Галяутдинов, К.Р. Ибрагимова [и др.] // Материалы Российского национального конгресса кардиологов – 2021. – Санкт-Петербург, 2021. – С. 823.
10. Психосоциальная адаптация пациентов к хронической сердечной недостаточностью в зависимости от фракции выброса / **А.Г. Жидяевский,** Г.С. Галяутдинов, А.А. Жамиев [и др.] // Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы. Материалы 10-й Всероссийской конференции. – Самара, 2021. – С. 9-10.
11. **Жидяевский, А.Г.** Психосоциальная адаптация пациентов к хронической сердечной недостаточности в зависимости от фракции выброса левого желудочка/**А.Г. Жидяевский**, Г.С. Галяутдинов, М.К. Нестерина // Сборник тезисов Российского национального конгресса кардиологов– 2022. – Казань, 2022. – С. 585.
12. Комплексная оценка психосоциальной адаптации пациентов с ишемической болезнью сердца к хронической сердечной недостаточности / **А.Г. Жидяевский,** Г.С. Галяутдинов, В.Д. Менделевич [и др.] // Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы. Материалы 11-й Всероссийской конференции. – Самара, 2022. – С. 41.

13. Особенности психологической адаптации пациентов с ишемической болезнью сердца к хронической сердечной недостаточности / **А.Г. Жидяевский,** Г.С. Галяутдинов, В.Д. Менделевич [и др.] // Кардиология. – 2023. – № 63 (4). – С. 55. – DOI:10.18087/cardio.2023.4.n2455.
14. **Жидяевский, А. Г.** Клинические особенности психосоциальной адаптации пациентов к хронической сердечной недостаточности при лечении в кардиологическом отделении / **А. Г. Жидяевский**, Г. С. Галяутдинов, В. Д. Менделевич // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2023. – № 22 (6S). – С. 11-12. – DOI:10.15829/1728–8800–2023–6S.
15. 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. – № 101 (2). – С. 212-225. – DOI: 10.17816/KMJ2020–212.
16. Психосоциальная адаптация к хронической сердечной недостаточности у пациентов с ишемической болезнью сердца / **А.Г. Жидяевский,** Г.С. Галяутдинов, В.Д. Менделевич [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2021. – № 102 (2). – С. 156–166. – DOI: 10.17816/KMJ2021–156.
17. Психосоциальная адаптация пациентов к хроническим сердечно–сосудистым заболеваниям/ Г.С. Галяутдинов, В.Д. Менделевич, **А.Г. Жидяевский** [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2023. – № 16 (1). – С. 80-88. – DOI: 10.20969/VSKM.2023.16(1).80–88.
18. Патент № RU 2021621653. База данных клинико-анамнестических и социально-психологических характеристик пациентов с хронической сердечной недостаточностью: № 2021621319: заявл. 24.06.2021: опубл. 03.08.2021/ **Жидяевский А.Г.**, Галяутдинов Г.С., Менделевич В.Д., Ахмадишин И.Т., Гатауллина А. Г., Кузьменко А.О., Нестерина М.К., Жамиев А.А.; заявитель, патентообладатель ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
19. Патент № RU2794026C1. Способ определения психосоциальной адаптации пациентов с ишемической болезнью сердца к хронической сердечной недостаточности: 2022119752: Заявл. 19.07.2022: опубл. 11.04.2023/ **Жидяевский А.Г.**, Галяутдинов Г.С., Менделевич В.Д., Нестерина М.К.; заявитель, патентообладатель ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Список сокращений

АдХСН – пациенты с ишемической болезнью сердца адаптированные к хронической сердечной недостаточности
ДАдХСН – пациенты с ишемической болезнью сердца дезадаптированные к хронической сердечной недостаточности
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИКЧ – индекс коморбидности Чарлсон
ИПКФ – индекс полиморбидности Kaplan-Feinstein
КЖ – качество жизни
ПКЗ – психологический компонент здоровья
ПСА – психосоциальная адаптация
СМОЛ – сокращенный многофакторный опросник для исследования личности
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
УАдХСН– пациенты с ишемической болезнью сердца условно адаптированные к хронической сердечной недостаточности
ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка
ФК – функциональный класс
ФКЗ – физический компонент здоровья
ФП – фибрилляция предсердий
ХСН – хроническая сердечная недостаточность
ХСНнФВ – сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса левого желудочка
ХСНсФВ – сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса левого желудочка
ХСНунФВ – сердечная недостаточность с умеренно сниженной фракцией выброса левого желудочка
ШОКС – шкала оценки клинического состояния
AUDIT– C – сокращенная версия теста для оценки потребления алкоголя
H2FPEF – шкала для диагностики хронической сердечной недостаточности с сохранной фракцией выброса левого желудочка
MLHFQ – Миннесотский опросник качества жизни у больных с ХСН
MMSE – краткая шкала оценки психического статуса
MSPSS – многомерная шкала восприятия социальной поддержки
SF-36 – краткая форма оценки здоровья