

УДК 616.12-005.4-036.12:616.895]-082.5
<https://doi.org/10.20538/1682-0363-2022-1-68-75>

Влияние аффективных расстройств на самооценку качества жизни у больных хронической ишемической болезнью сердца

Лебедева Е.В.^{1,2}, Счастный Е.Д.¹, Нонка Т.Г.², Налесник Е.О.², Суровцева А.К.¹, Васильева С.Н.¹, Репин А.Н.²

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

² Научно-исследовательский институт (НИИ) кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр (НИМЦ) Российской академии наук
Россия, 634012, Томск, ул. Киевская, 111а

РЕЗЮМЕ

Цель – определить различия самооценки социального функционирования пациентов с хронической коронарной болезнью в зависимости от наличия коморбидных аффективных расстройств (АР).

Материалы и методы. С помощью опросника самооценки социальной адаптации (SASS), позволяющего оценить уровень социального функционирования и удовлетворенность различными аспектами социальной жизни, изучены особенности социального функционирования больных кардиологического стационара с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) с АР ($n = 248$) и без ($n = 291$). У 290 пациентов (средний возраст – $56,6 \pm 6,7$ лет) с хронической ИБС выявлялись хронические АР (45%), депрессивные эпизоды (ДЭ) впервые возникшие диагностированы у 24% пациентов, а рекуррентные ДЭ – у 24,5%. В 6,5% случаев обнаружено биполярное аффективное расстройство. Качественные и количественные показатели исследованы с помощью U -критерия Манна – Уитни и T -критерия, для оценки частот применялся метод χ^2 по Пирсону.

Результаты. Общий средний балл по SASS у больных хронической ИБС с АР соответствовал уровню затрудненной социальной адаптации 33,7 [29,5; 39], а группе без АР – хорошей социальной адаптации $40,8 \pm 6,3$ ($p < 0,05$). В группе без АР преобладали пациенты с нормальной социальной адаптацией ($n = 215$; 73,8%), а у больных с АР социальная адаптация была чаще затруднена ($n = 148$; 59,7%). У пациентов хронической ИБС в зависимости от АР различалась частота нарушений в разных сферах социальной адаптации: занятость, интерес и удовольствие от деятельности, распоряжение своими доходами, удовольствие и интерес от поиска информации, социальная поддержка ($p = 0,001$).

Заключение. Более высокая частота выраженного нарушения социального функционирования пациентов с хронической ИБС и АР определяет необходимость учета данного факта при планировании реабилитационных мероприятий в данной группе пациентов.

Ключевые слова: аффективные расстройства, хроническая ишемическая болезнь сердца, самооценка качества жизни и социального функционирования, половые различия

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

Источник финансирования. Работа выполнена в рамках ГЗ 075-01184-22-00, ФНИ «Биопсихосоциальные механизмы патогенеза и клинического полиморфизма, адаптационный потенциал и предикторы эффективности терапии у больных с психическими и поведенческими расстройствами в регионе Сибири», регистрационный номер 122020200054-8.

✉ Лебедева Елена Владимировна, evl26021971@gmail.com

Соответствие принципам этики. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 115 от 26.11.2018).

Для цитирования: Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Нонка Т.Г., Налесник Е.О., Суровцева А.К., Васильева С.Н., Репин А.Н. Влияние аффективных расстройств на самооценку качества жизни у больных хронической ишемической болезнью сердца. *Бюллетень сибирской медицины*. 2022;21(1):68–75. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2022-1-68-75>.

The impact of affective disorders on self-assessment of the quality of life in patients with chronic coronary artery disease

Lebedeva E.V.¹, Schastnyy E.D.¹, Nonka T.G.², Nalesnik E.O.², Surovtseva A.K.¹, Vasilieva S.N.¹, Repin A.N.²

¹ *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (NRMС), Russian Academy of Sciences 4, Aleutskaya Str., Tomsk, 634014, Russian Federation*

² *Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (NRMС), Russian Academy of Sciences 111a, Kievskaya Str., Tomsk. 634012, Russian Federation*

ABSTRACT

Aim. To determine the differences in self-assessment of social functioning by patients with chronic coronary artery disease (CAD), depending on the presence of comorbid affective disorders (ADs).

Materials and methods. Using the Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS), which makes it possible to assess the degree of social functioning and satisfaction with various aspects of social life, we studied the features of the social functioning of heart hospital patients with chronic CAD with ($n = 248$) and without AD ($n = 291$). In 290 patients (average age 56.6 ± 6.7 years) with chronic CAD, chronic ADs (45%) were revealed; depressive episodes (DEs) were diagnosed for the first time in 24% of patients, and 24.5% of patients had recurrent DEs. Bipolar disorder was found in 6.5% of cases. Qualitative and quantitative parameters were investigated using the Mann – Whitney U test and Student's t -test. To assess the frequencies, the Pearson's chi-squared test was used.

Results. The mean total SASS score in the patients with chronic CAD with AD corresponded to difficult social adaptation (33.7 [29.5; 39]), while the patients without AD had good social adaptation score of 40.8 ± 6.3 ($p < 0.05$). In the group without AD, patients with normal social adaptation prevailed ($n = 215$; 73.8%), while patients with AD more often had difficulties with social adaptation ($n = 148$; 59.7%). In the CAD patients, depending on the presence of AD, the frequency of disturbances in various spheres of social adaptation differed: employment, interest in and pleasure from activities, disposition of income, pleasure from and interest in seeking information, social support ($p = 0.001$).

Conclusion. Higher frequency of pronounced impairment in social functioning in patients with chronic CAD with AD determines the need for taking this fact into consideration when planning rehabilitation measures in this group of patients.

Keywords: affective disorders, chronic coronary artery disease, self-assessment of quality of life and social functioning, gender differences

Conflict of interests. The authors declare the absence of obvious or potential conflict of interest related to the publication of this article.

Source of financing. The work was carried out within the framework of the state assignment 075-01184-22-00, BSR 'Biopsychosocial mechanisms of pathogenesis and clinical polymorphism, adaptive potential and predictors of the effectiveness of therapy in patients with mental and behavioral disorders in the Siberian region', registration number 122020200054-8.

Conformity with the principles of ethics. All patients signed an informed consent. The study was approved by the local Ethics Committee at the Mental Health Research Institute of Tomsk NRMС of RAS (Protocol No. 115 of 26.11.2018).

For citation: Lebedeva E.V., Schastnyy E.D., Nonka T.G., Nalesnik E.O., Surovtseva A.K., Vasilieva S.N., Repin A.N. The impact of affective disorders on self-assessment of the quality of life in patients with chronic coronary artery disease. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2022;21(1):68–75. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2022-1-68-75>.

ВВЕДЕНИЕ

Социально-демографические и психосоциальные факторы способствуют развитию депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний. В связи с тем, что психосоциальные факторы риска (ФР) влияют на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), важно скринировать их с помощью стандартизованных опросников у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском (ССР) и пациентов с ССЗ с последующей коррекцией [1]. У пациентов с коронарной болезнью депрессия является наиболее значимым фактором, определяющим качество жизни [2–4].

В исследовании здоровья и питания (NHANES III) большая депрессия или суицидальная попытка в анамнезе ассоциированы с практически 15-кратным повышенным риском развития ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин, и более чем 3-кратным – у мужчин [5]. Проспективное исследование психического здоровья обнаружило, что у женщин до 40 лет с депрессией риск развития коронарной болезни в 6 раз выше, чем у женщин этого же возраста без депрессии, и депрессия оказалась не связана с ИБС у мужчин или пожилых людей. В целом научные данные подтверждают более тесную связь депрессии и ИБС у женщин более молодого возраста.

Недавние обзоры, касающиеся ассоциации депрессии и ИБС, были ограничены отсутствием данных о ходе депрессии. В основном они предполагают связь между конкретными биологическими или социально-демографическими переменными и депрессией на исходном уровне, но ответ на антидепрессивное лечение у пациентов с коморбидной ИБС менее изучен [6, 7]. При этом хорошо известно, что многие ФР коронарной патологии являются индикаторами депрессии и низкого ответа на антидепрессивное лечение, например повышенные маркеры воспаления, отсутствие физической активности или дисфункция щитовидной железы [8].

F. Vitinius и соавт. [9] обнаружили связь старшего возраста, отсутствие данных о перенесенном инфаркте миокарда и более высокую вариабельность сердечного ритма с благоприятным исходом депрессии. Тогда как гиперурикемия, высокие триглицериды, III функциональный класс по NYHA, состояние после реанимации, использование гормонов щитовидной железы, антидиабетических препаратов,

анальгетиков, бета-блокаторов, препаратов мочевой кислоты и антихолинергических препаратов связано с неблагоприятным влиянием на показатель депрессии по шкале HADS-D [10]. При изучении общих и биохимических анализов не обнаружено существенных различий между группами исследования, и сопутствующие заболевания также не оказали существенного влияния на результаты. Исследований, посвященных вкладу АР в самооценку социального функционирования и качества жизни у больных хронической коронарной болезнью, недостаточно.

Цель исследования – определить различия самооценки социального функционирования и качества жизни пациентов с хронической коронарной болезнью при коморбидности с АР и без нее.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В кардиологическом стационаре сформированы две группы пациентов с хронической ИБС: первая – с выявленными аффективными расстройствами (АР) ($n = 248$), вторая – без них ($n = 291$). У 290 пациентов (до 70 лет) с хронической ИБС выявлялись хронические АР (45%), впервые возникшие депрессивные эпизоды (ДЭ) диагностированы у 24% пациентов, а рекуррентные ДЭ – у 24,5%. В 6,5% случаев обнаружено биполярное аффективное расстройство. В 91,7% случаев депрессивный синдром был полиморфным, чаще с тревожным компонентом (54,8%) [11]. Заполнили шкалу самооценки социальной адаптации 248 пациентов из этой группы, из них мужчин – 194 (78,2%) и женщин – 54 (21,8%). Средний возраст в группе с АР составил $56,6 \pm 6,7$ лет. Средний возраст мужчин $57,2 \pm 6,5$ лет, женщин $59,3 \pm 7,1$ лет ($p = 0,04$). Все участники исследования подписали информированное согласие. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского научного медицинского центра (протокол № 115 от 26.11.2018).

Депрессия по соответствующей шкале Бека в группе АР составила 9 [6; 13] баллов, что соответствует клинически значимому уровню. Выраженность тревоги по шкале тревоги Шихана в группе с АР – 38 [22,5; 58] баллов. Аффективное расстройство длилось 10 [1,5; 20] лет. ИБС чаще развивалась на фоне манифестировавшего аффективного расстройства.

Во вторую группу вошли пациенты с хронической ИБС без аффективных расстройств ($n = 291$) в возрасте до 70 лет. Средний возраст в группе без АР – $55,8 \pm 7,1$ лет. Мужчин во второй группе оказалось 84,5% ($n = 246$), женщин – 15,5% ($n = 45$). Средний возраст мужчин во второй группе – $56,9 \pm 6,9$ лет, женщин – $60,7 \pm 6,4$ лет ($p = 0,001$).

Средний балл в этой группе по шкале самооценки депрессии Бека менее 6, а именно 2 [1; 3], что клинически не значимо, отсутствовали расстройства тревожно-депрессивного спектра (F3, F4, F06.3–F06.4). Выраженность тревоги по шкале Шихана в группе без АР 17 [11; 27] баллов, что соответствует ее отсутствию как клинического синдрома.

Первая и вторая группы не различались по полу, возрасту, тяжести соматического состояния (функциональный класс стенокардии напряжения (ФК СН) и функциональный класс сердечной недостаточности (ФК ХСН), наличие сопутствующих заболеваний (транзиторная ишемическая атака или острое нарушение мозгового кровообращения)). Однако они различались по наличию частоты нарушений толерантности к глюкозе (НТГ) или сахарному диабету (СД), методу терапии ИБС, давности перенесенного инфаркта миокарда (постинфарктный кардиосклероз (ПИКС)), толерантности к физической нагрузке (ТФН) при велоэргометрии (ВЭМ) (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика некоторых аспектов соматического состояния пациентов с хронической ИБС с АР и без них			
Показатель	Первая группа (ИБС + АР)	Вторая группа (ИБС)	p
Функциональный класс стенокардии, $Me [Q_1; Q_3]$	2 [2; 3]	2 [2; 3]	–
Функциональный класс ХСН, $Me [Q_1; Q_3]$	2 [1; 3]	2 [1; 3]	–
Коронарный стаж, годы, $Me [Q_1; Q_3]$	3,5 [1,5; 8]	3,5 [1,5; 8]	–
Частота ПИКС, %	73,6 (183/248)	66,3 (193/291)	–
Давность ПИКС, мес, $Me [Q_1; Q_3]$	21 [5; 60]	33 [11; 72]	*
ФВ ЛЖ, %, $Me [Q_1; Q_3]$	64 [52; 86]	62 [53; 65]	–
ТФН, Вт, $Me [Q_1; Q_3]$	25 [25; 50]	50 [25; 75]	*
Тест 6-минутной ходьбы, м, $Me [Q_1; Q_3]$	350 [250; 432]	450 [350; 500]	–
Частота НТГ (или СД), %	32,9 (или 166)	24,3 (или 220)	*
Частота транзиторной ишемической атаки (или острого нарушения мозгового кровообращения), %	6,5 (или 232)	3,4 (или 281)	–
Частота консервативного лечения ИБС, %	31,5 (78/248)	5,8 (17/291)	**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$ (здесь и в табл. 3).

Группы не различались по полу ($p = 0,07$). Нарушение толерантности к глюкозе и сахарный диабет статистически значимо чаще отсутствовали у больных без АР – 75,7% против 67,1% в группе с АР ($p < 0,05$). Острое нарушение мозгового кровообращения и транзиторная ишемическая атака чаще выявлялись в группе с АР 6,5% против 3,4% в группе без АР ($p > 0,05$). Эндоваскулярные вмешательства для лечения ИБС значимо чаще применялись в группе без АР, а у больных с АР обычно проводилось консервативное лечение (31,5% против 5,8% у лиц без АР, $p < 0,001$).

Для изучения самооценки социальной адаптации использовали одноименную шкалу, позволяющую оценить субъективную оценку удовлетворенности пациентов различными сферами своей жизни и уровнем социального функционирования [12]. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 8.0 (StatSoft Inc., США). Параметрические показатели оценивались с помощью T -критерия для независимых групп (при нормальном распределении признаков); непараметрические – по

критериям Манна – Уитни; χ^2 Пирсона – для частотных оценок. Данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха $Me [Q_1; Q_3]$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общий средний балл по шкале самооценки социального функционирования и качества жизни у больных хронической ИБС с АР соответствовал уровню затрудненной социальной адаптации 33,7 [29,5; 39], а группе без АР – хорошей социальной адаптации $40,8 \pm 6,3$, что показывает статистически значимые различия ($p < 0,05$). В группе без АР преобладали пациенты с нормальной социальной адаптацией (73,8%), а у больных с АР социальная адаптация была чаще затруднена (59,7%) (табл. 2). Были социально дезадаптированы 2,8% больных с АР и ИБС, нормальную адаптацию в обществе имели 37,5% пациентов.

Ниже представлены показатели самооценки и частоты уровней социального функционирования и качества жизни по шкале SASS в исследуемых группах (табл. 3).

Таблица 2

Различия уровня социальной адаптации у пациентов с хронической ИБС при наличии и отсутствии АР				
Уровень социальной адаптации	Социальная дезадаптация (до 22 баллов)	Затрудненная адаптация (23–35 баллов)	Нормальная адаптация (36–52 балла)	Очень хорошая адаптация (более 53 баллов)
Первая группа	2,8% (7/248)	59,7% (148/248)	37,5% (93/248)	0
Вторая группа	0	21,4% (62/291)	73,8% (215/291)	4,8% (14/291)

Таблица 3

Различия самооценки параметров социального функционирования и удовлетворенности различными сферами жизни между пациентами с хронической ИБС в зависимости от наличия АР			
Показатель	Наличие симптома по данным самоотчета в группе ИБС с АР	Наличие симптома по данным самоотчета в группе ИБС без АР	<i>p</i>
Наличие или отсутствие работы	56,0% (139/248)	41,4% (120/291)	**
Интерес к занятости	39,5% (98/248)	15,7% (46/291)	**
Удовольствие от занятости	47,7% (118/248)	25,7% (75/291)	**
Удовлетворение от увлечений	28,4% (70/248)	5,7% (17/291)	**
Оценка проведения свободного времени	69,3% (172/248)	28,6% (83/291)	**
Поиск общения с семьей	25,0% (62/248)	8,6% (25/291)	**
Оценка семейных отношений	27,3% (68/248)	7,1% (21/291)	**
Количество отношений вне семьи	38,6% (96/248)	21,8% (63/291)	**
Активность в отношениях вне семьи	78,4% (194/248)	58,6% (171/291)	**
Оценка отношений с другими людьми в целом	29,5% (73/248)	17,1% (50/291)	Н. д.
Важность отношений с другими	25,0% (62/248)	8,5% (25/291)	**
Частота поиска общения других с пациентом	18,6% (46/248)	32,9% (96/291)	**
Соблюдение общественных правил пациентом	6,8% (17/248)	0% (0/291)	**
Вовлеченность в общественную жизнь	69,6% (173/248)	64,3% (187/291)	Н. д.
Удовольствие от поиска информации	39,8% (99/248)	25,7% (75/291)	**
Интерес к информации	34,1% (85/248)	21,4% (62/291)	**
Затруднение в выражении мнения	10,2% (25/248)	5,7% (17/291)	**
Ощущение отверженности	4,5% (11/248)	0% (0/291)	**
Важность физической привлекательности	47,7% (118/248)	35,7% (104/291)	*
Трудность в распоряжении доходами	31,9% (79/248)	11,4% (33/291)	**
Ощущение способности управлять своей жизнью	52,2% (129/248)	38,6% (112/291)	**

Примечание. Изучаемый феномен представлен как умеренно или значительно выраженный (по данным самоопросника SASS, 1 и 0 баллов).

У пациентов с хронической ИБС в зависимости от наличия АР статистически значимо различалась встречаемость существенного нарушения разных аспектов социальной адаптации ($p < 0,001$). При анализе трудоспособности в группе с АР выявлено, что инвалидность установлена 18,7% (46/248) пациентам, временно нетрудоспособными были 40,7% (101/248) больных, пенсионерами – 30,8% (76/248), неработающими лицами – 9,9% (25/248).

В группе без АР ситуация с трудоспособностью отличалась следующим образом: инвалидность была установлена 12,1% (35/291) пациентам, временно нетрудоспособными были 63,8% (186/291) больных, пенсионерами – 10,3% (30/291), неработающими – 8,6 (25/291). Таким образом, в группе с АР статистически значимо чаще выявлялись пенсионеры ($p < 0,05$), а в группе без АР – пациенты статистически значимо чаще ($p < 0,05$) были временно нетрудоспособны.

Занятость, интерес к ней и удовольствие от работы также статистически значимо различалась в группах. Указали, что они «часто» или «всегда» испытывают затруднения в распоряжении своими доходами 31,9% пациентов с АР и 11,4% без АР. Также оказалась часто и значимо сниженной оценка проведения свободного времени в целом (69,3% лиц с АР против 28,6% без АР). До 39,8% пациентов с АР и 25,7% лиц без АР имели значимое снижение удовольствия и интереса от поиска информации. Существенно нарушенной была сфера увлечений и хобби (28,4% среди лиц с АР в отличие от 5,7% без АР). Это возможно в связи со снижением гедонизма, а также с ограничениями активности и переносимости физической нагрузки.

До анализа удовлетворенности социальными связями было исследовано семейное положение пациентов и наличие детей. В группе без АР в браке состояли 88,7% (256/291) больных и 2% пациентов были бездетны. А в группе с АР имели семейного

партнера 77,2% (191/248) больных, 11,1% пациентов не имели поддержки потомков (женщины статистически значимо чаще, чем мужчины, теряли детей или были бездетны). Женщины реже имели брачного партнера ($p = 0,03$). Вероятно, это связано с тем, что женщины реже состояли в повторном браке, чем мужчины ($p = 0,02$).

Не удовлетворены отношениями в семье, в отличие от 21,8% больных без АР, 38,6% пациентов с АР и ИБС; четверть пациентов с АР не искали общения и поддержки в семье (в отличие от 8,6% во второй группе). Четверть больных с коморбидной ИБС депрессией считали отношения с другими людьми неважными (в отличие от 8,5% пациентов без депрессии). Негативно оценивали отношения с другими людьми в целом 29,5% пациентов с АР (против 17,1% в группе без АР). Вероятно, в связи с этим 78,4% лиц с АР (против 58,6% без АР) были неактивны в отношениях вне семьи.

Указали на неважность своей физической привлекательности, как одного из показателей самооценки, 47,7% пациентов с АР и 35,7% без них. Отметили затруднение в выражении своего мнения 10,2% лиц с АР и 5,7% без них. Считали, что это окружающие не готовы общаться с ними, 32,9% пациентов с АР, преимущественно мужчины (в отличие от 18,6% без АР). При этом уровень вовлеченности в общественную жизнь низкий в обеих группах без статистически значимых различий (69,6% против 64,3%; $p > 0,05$). В то же время прямое ощущение отверженности отметили 4,5% пациента с АР и ни один из группы без АР. На несоблюдение общественных правил, хороших манер и правил вежливости указали 6,8% больных с АР и ни один из группы без них. Эти данные подтверждают высокий уровень пассивной агрессивности и негативизма у больных АР.

У 52,2% лиц с АР значимо снижена способность организовывать окружение согласно своим желаниям и потребностям по данным самооценки в отличие от 38,6% в группе без АР. Эти нарушения могут быть связаны с симптоматикой аффективных расстройств, в основе которой лежат нарушение энергии и связанные с ней сниженное настроение и ангедония. Для пациентов с АР и хронической коронарной болезнью характерно нарушение социального функционирования во многих сферах жизни человека и выражено оно сильнее и чаще, чем у больных с хронической ИБС без аффективных расстройств.

ОБСУЖДЕНИЕ

Психические расстройства приводят к значительному изменению большинства параметров качества жизни. Показатели самооценки социального

функционирования у данных больных хуже, чем у пациентов с ССЗ [13]. Депрессивные расстройства ухудшают качество жизни в большей степени, чем другие психические заболевания. При расстройствах настроения нарушается ролевая и социальная активность, ухудшается процесс выздоровления от коморбидных соматических болезней. Депрессивные переживания, пессимизм, пассивность препятствуют возникновению комплайенса (пациенты не выполняют назначения врачей, не участвуют в реабилитационных мероприятиях и медленнее выздоравливают). В группе больных хронической ИБС с АР значимо чаще выявлялись пенсионеры и инвалиды ($p < 0,05$), а в группе без АР – пациенты статистически значимо чаще ($p < 0,05$) были временно нетрудоспособны.

Врачи и пациенты по-разному оценивают профессиональные и социальные аспекты качества жизни, в противоположность квалификации клинического и физического состояния. Выявляемые различия на качество жизни влияют на диагностический подход и последующую стратегию терапии. Поэтому применение пациентами самоопросников в динамике является важным в оценке психосоциального функционирования при измерении качества жизни, а использование клинических шкал позволяет регистрировать тяжесть заболевания, эффективность терапии и побочное действие лекарственных препаратов.

У пациентов с хронической ИБС и АР выявляется низкий уровень включенности в социальную жизнь, узкий круг общения, недоверчивое, враждебное отношение к окружающим, что лишает их возможности получения социальной поддержки в стрессовых ситуациях и во время болезни. Для одиноких людей, лишенных поддержки родственников, большое значение приобретают отношения вне семьи. Слабые человеческие связи вне семьи не позволяют им получать необходимую поддержку от друзей или других людей. Наличие социальной поддержки существенно снижают или сводят к минимуму отрицательное влияние дистресса, смягчая его негативное влияние, и, в целом, положительно сказывается на психическом здоровье.

Проведенное исследование показывает взаимосвязь депрессивных расстройств с удовлетворенностью жизнью и уровнем социального функционирования [14]. Депрессивные расстройства значимо уменьшают степень социального функционирования и качество жизни пациентов, особенно сильно нарушается взаимодействие со средой, умение организовывать свое окружение в соответствии с собственными потребностями. Проведенное исследование позволяет предполагать, что АР может приводить к развитию ИБС у женщин более молодого возраста,

сталкивающимися с неблагоприятными событиями в жизни, с хроническим стрессом и не имеющими социальной поддержки. Социальное функционирование может рассматриваться как внешний фактор субъективной оценки качества жизни. Взаимоотношения, работа и досуг оказывают принципиальное влияние на качество жизни.

У пациентов с хронической ИБС в зависимости от наличия АР статистически значимо различалась частота умеренных или выраженных нарушений в разных сферах социальной адаптации ($p < 0,001$), таких как занятость, распоряжение своими доходами, интерес и удовольствие от деятельности, поиск информации, увлечения и хобби, проведение свободного времени в целом, собственная физическая непривлекательность. Также это касалось социальной поддержки (отсутствие партнера по браку, бездетность и потеря детей). Статистически значимыми у пациентов с АР были различия по неудовлетворенности отношениями в семье, нежеланию искать общение и поддержку, с обесцениванием отношений с людьми и проекцией негативного отношения на других (преимущественно характерно мужчинам с АР), неспособность организовывать окружение согласно своим желаниям и потребностям.

Большое значение для удовлетворенности жизнью имеют способность взаимодействовать со средой; выбор ситуаций, соответствующих собственным потребностям; чувство адекватной самооценки и автономности; призвание реализовать свой потенциал; позитивные отношения с другими; наличие цели в жизни [15]. Выявляется прямая коррелятивная связь данных компонентов с удовлетворенностью жизнью, оценками счастья и депрессией. Пациенты с ИБС и АР продемонстрировали низкие показатели удовлетворенности отдельными сферами жизнедеятельности и выраженное нарушение социального функционирования. Необходимо учитывать эти факторы при лечении ИБС и планировании реабилитационных мероприятий в данной группе пациентов. Субъективная оценка пациентами своего состояния не всегда совпадает с объективной тяжестью клинических симптомов, но она должна использоваться для оценки успешности проводимых мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Низкий уровень вовлеченности в общественную жизнь характерен для обеих групп пациентов с хронической ИБС независимо от наличия АР. Социальное функционирование и субъективная оценка качества жизни пациентов с АР и хронической ИБС значимо нарушены более часто, чем у лиц с коронарной болезнью без депрессии. Они чаще не имели поддерж-

ки брачного партнера и потомков (пережили потерю или были бездетны). У пациентов с хронической ИБС в зависимости от наличия АР статистически значимо различалась частота нарушений в разных сферах социальной адаптации ($p < 0,001$): занятости, удовольствии от деятельности и проведения свободного времени, распоряжении доходами, социальной поддержки, неудовлетворенностью отношениями (в семье, социуме) с обесцениванием отношений с людьми и проективной защитой, своей привлекательностью, способностью управлять собственной жизнью.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Бойцов С.А., Погосова Н.В., Бубнова М.Г., Драпкина О.М., Гаврилова Н.Е., Еганян Р.А. и др. Кардиоваскулярная профилактика. 2017. Российские национальные рекомендации. *Российский кардиологический журнал*. 2018;23(6):7–122. DOI: 10.15829/1560-4071-2018-6-7-122.
2. Dekker R.L., Lennie T.A., Albert N.M., Rayens M.K., Chung M.L., Wu J.-R. et al. Depressive symptom trajectory predicts 1-year health-related quality of life in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*. 2011;17(9):755–763. DOI: 10.1016/j.cardfail.2011.04.016.
3. Vaccarino V., Badimon L., Bremner J.D., Cenko E., Cubedo J., Dorobantu M. et al. Depression and coronary heart disease: 2018 position paper of the ESC working group on coronary pathophysiology and microcirculation. *European Heart Journal*. 2020;41(17):1687–1696. DOI: 10.1093/eurheartj/ehy913.
4. Yankovskaya A.E., Kornetov A.N., Il'inskikh N.N., Obukhovskaya V.B. An expansion of intelligent systems complex for express-diagnostics and prevention of organizational stress, depression, and deviant behavior on the basis of the biopsychosocial approach. *Pattern Recognition and Image Analysis (Advances in Mathematical Theory and Applications)*. 2017;27(4):783–788. DOI: 10.1134/S1054661817040204.
5. Shah A.J., Veledar E., Hong Y., Bremner J.D., Vaccarino V. Depression and history of attempted suicide as risk factors for heart disease mortality in young individuals. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(11):1135–1142. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.125.
6. Herrmann-Lingen C., Beutel M.E., Bosbach A., Deter H.-Ch., Fritzsche K., Hellmich M. et al. A stepwise psychotherapy intervention for reducing risk in coronary artery disease (SPIRR-CAD): results of an observer-blinded, multicenter, randomized trial in depressed patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*. 2016;78(6):704–715. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000332.
7. Boal A.H., Smith D.J., McCallum L., Muir S., Touyz R.M., Dominiczak A.F., Padmanabhan S. Monotherapy with major antihypertensive drug classes and risk of hospital admissions for mood disorders. *Hypertension*. 2016;68(5):1132–1138. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.08188.
8. Carney R.M., Freedland K.E., Steinmeyer B., Rubin E.H., Mann D.L., Rich M.W. Cardiac risk markers and response to depression treatment in patients with coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*. 2016;78(1):49–59. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000245.

9. Vitinius F., Escherich S., Deter H.C., Hellmich M., Jünger J., Petrowski K. et al. Somatic and sociodemographic predictors of depression outcome among depressed patients with coronary artery disease – a secondary analysis of the SPIRR-CAD study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):57. DOI: 10.1186/s12888-019-2026-6.
10. Zigmund A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
11. Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Репин А.Н., Нонка Т.Г. Клиническая характеристика аффективных расстройств и эффективность антидепрессивной терапии у больных хронической ишемической болезнью сердца. *Бюллетень сибирской медицины*. 2018;17(4):85–93. DOI: 10.20538/1682-0363-2018-4-85-93.
12. Bosc M., Dubini A., Polin V. Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale. *European Neuropsychopharmacology*. 1997;7(1):57–70. DOI: 10.1016/s0924-977x(97)00420-3.
13. Tang B., Yuan S., Xiong Y., He Q., Larsson S.C. Major depressive disorder and cardiometabolic diseases: a bidirectional Mendelian randomisation study. *Diabetologia*. 2020;63(7):1305–1311. DOI: 10.1007/s00125-020-05131-6.
14. Счастный Е.Д., Суровцева А.К., Рудницкий В.А. Соотношение личностных особенностей и качества жизни у пациентов с аффективными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016;90(1):63–67.
15. Ryff C.D., Keyes C.L. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995;69(4):719–727. DOI: 10.1037//0022-3514.69.4.719.

Вклад авторов

Лебедева Е.В. – разработка дизайна и концепции исследования, написание статьи, проверка критически важного интеллектуального содержания. Налесник Е.О. – психометрическое обследование выборки, анализ литературы по теме исследования, написание статьи. Нонка Т.Г. – статистическая обработка данных. Суровцева А.К., Васильева С.Н. – анализ литературы по теме исследования, написание статьи. Счастный Е.Д. – проверка критически важного интеллектуального содержания. Репин А.Н. – окончательное утверждение рукописи для публикации.

Информация об авторах

Лебедева Елена Владимировна – канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск, evl26021971@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0001-6117-6454>

Счастный Евгений Дмитриевич – д-р мед. наук, профессор, зав. отделением аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск, evgeny.schastnyy@gmail.com, <http://orcid.org/0000-0003-2148-297X>

Нонка Татьяна Геннадьевна – канд. мед. наук, мл. науч. сотрудник, отделение общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, г. Томск, ntg@sibmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-7913-3732>

Налесник Елена Олеговна – канд. мед. наук, науч. сотрудник, отделение общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, г. Томск, oliver@cardio-tomsk.ru, <http://orcid.org/0000-0002-2665-9108>

Суровцева Альфира Касимовна – канд. психол. наук, медицинский психолог, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск, surov1964@sibmail.com, <http://orcid.org/0000-0002-0045-2256>

Васильева Светлана Николаевна – канд. мед. наук, науч. сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ, г. Томск, vasilievasn@yandex.ru, <http://orcid.org/0000-0002-0939-0856>

Репин Алексей Николаевич – д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, НИИ кардиологии, Томский НИМЦ, г. Томск, ran_12@mail.ru, <http://orcid.org/0000-0001-5452-7455>

✉ Лебедева Елена Владимировна, evl26021971@gmail.com

Поступила в редакцию 25.12.2020;
одобрена после рецензирования 16.03.2021;
принята к публикации 25.05.2021