

Психосоциальная адаптация к хронической сердечной недостаточности у пациентов с ишемической болезнью сердца

Александр Геннадьевич Жидяевский*, Геншат Саляхутдинович Галяутдинов,
Владимир Давыдович Менделевич, Аделя Гамировна Гатауллина,
Ангелина Олеговна Кузьменко

Казанский государственный медицинский университет,
г. Казань, Россия

Реферат

Цель. Оценить влияние приобретённого социального статуса, невротических состояний, типа личности D, когнитивных функций, уровня качества жизни и приверженности лечению на психосоциальную адаптацию пациентов с ишемической болезнью сердца к хронической сердечной недостаточности в зависимости от тяжести декомпенсации.

Методы. Обследованы 87 пациентов с ишемической болезнью сердца и хронической сердечной недостаточностью в возрасте 55–72 лет. Наблюдаемые были поделены на две группы в зависимости от функционального класса сердечной недостаточности (I–IV функциональные классы). В первую группу вошёл 41 человек с хронической сердечной недостаточностью I–II функционального класса, во вторую группу — 46 человек с III–IV функциональным классом. Для комплексного изучения психосоциальной адаптации пациентов использовали набор стандартизированных опросников: сокращённый многофакторный опросник для исследования личности, клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, миннесотский опросник качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью, краткая форма опросника для оценки качества жизни (SF-36), краткая шкала оценки психического статуса (MMSE-тест), 14-вопросный тест «Шкала типа D» (DS14), тест Мориски–Грина, сокращённая версия опросника АУДИТ (AUDIT-C). Осуществляли сбор данных о социальном статусе пациента: пол, образование, уровень доходов. Проводили анализ полученных результатов.

Результаты. У пациентов второй группы профиль личности по сокращённому многофакторному опроснику для исследования личности носил отчётливо невротический характер — отмечено повышение по трём невротическим шкалам: ипохондрии ($U=541$; $p=0,030$) и истерии ($U=579$; $p=0,048$), а также аутизации/шизоидности ($U=577,5$; $p=0,047$) по сравнению с пациентами первой группы. По результатам клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний наибольшие различия обнаружены между пациентами первой и второй групп по шкале вегетативных нарушений ($U=571$; $p=0,039$) и невротической депрессии ($U=576$; $p=0,046$). В результате сравнения по миннесотскому опроснику качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью у пациентов второй группы заметно снижено качество жизни ($U=447,5$; $p<0,001$). По результатам опросника SF-36 снижение качества жизни также обнаружено у пациентов второй группы по шкале «Физическое функционирование» ($U=554$; $p=0,032$) и по показателю «Физический компонент здоровья» ($U=573,5$; $p=0,044$). При оценке когнитивного статуса в сравниваемых группах зафиксировано существенное его снижение у пациентов второй группы ($U=427$; $p<0,001$). У пациентов обеих групп не обнаружены достоверные различия в приверженности лечению ($U=757$; $p=0,666$), также не выявлены пациенты с наличием типа поведения D по обоим субшкалам ($U=717,5$; $p=0,483$ и $U=784$; $p=0,933$), и по итогам теста AUDIT-C отсутствуют достоверные различия между мужчинами ($U=681,5$; $p=0,257$) и женщинами ($U=728,5$; $p=0,425$) в первой и второй группах пациентов. **Вывод.** Признаки социальной дезадаптации у пациентов с более тяжёлым функциональным классом заболевания выражаются достоверно более выраженной социальной изоляцией (аутизацией), склонностью уклоняться от общения с окружающими, замкнутостью на собственных проблемах и ипохондрической фиксацией внимания на соматических проявлениях хронической сердечной недостаточности;

вероятно, основная причина, снижающая уровень социальной адаптации, — выраженность невротизации, что приводит к функциональному снижению когнитивных способностей и значимому ухудшению качества жизни.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, психосоциальная адаптация, кардиологическая реабилитация.

Для цитирования: Жидяевский А.Г., Галяутинов Г.С., Менделевич В.Д., Гатауллина А.Г., Кузьменко А.О. Психосоциальная адаптация к хронической сердечной недостаточности у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Казанский мед. ж.* 2021; 102 (2): 156–166. DOI: 10.17816/KMJ2021-156.

Psychosocial adaptation to chronic heart failure in patients with coronary heart disease

A.G. Zhidyayevskij, G.S. Galyautdinov, V.D. Mendelevich, A.G. Gataullina, A.O. Kuzmenko
Kazan State Medical University, Kazan, Russia

Abstract

Aim. To assess the effects of acquired social status, neurotic conditions, type D personality, cognitive functions, quality of life and adherence to treatment on psychosocial adaptation of patients with coronary heart disease (IHD) to chronic heart failure (CHF), depending on the severity of decompensation.

Methods. 87 patients with coronary artery disease and chronic heart failure aged between 55 and 72 years were examined. All patients were divided into two groups depending on the functional class of chronic heart failure [New York Heart Association (NYHA) class I–IV]. The first group included 41 patients with NYHA functional class I–II, the second group — 46 patients with NYHA functional class III–IV. For a comprehensive study of the psychosocial adaptation of patients, a set of standardized questionnaires was used: the abridged variant of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (SMOL), a clinical questionnaire for identifying and assessing neurotic condition, the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), the 36-Item Short Form Health Survey Questionnaire (SF-36), the Mini Mental State Examination (MMSE), 14-question test “Type D Scale-14” (DS14), Morisky–Green test, the short version of the AUDIT questionnaire (AUDIT-C). We collected data on the patient's social status: gender, education, income level. The results obtained were analyzed.

Results. Based on the SMOL personality profiles, patients of the second group were classified as neurotic — an increase was noted in three neurotic scales: hypochondria ($U=541$; $p=0.030$), hysteria ($U=579$; $p=0.048$), and autism/schizoid ($U=577.5$; $p=0.047$) compared with patients of the first group. According to the results of the clinical questionnaire for the identification and assessment of neurotic condition, the greatest differences were found between patients of first and second groups on the scale of autonomic disorders ($U=571$; $p=0.039$) and neurotic depression ($U=576$; $p=0.046$). Comparing the groups according to the MLHFQ score, quality of life in patients of the second group was markedly reduced ($U=447.5$; $p<0.001$). According to the SF-36 questionnaire, a decrease in the quality of life was also found in patients of the second group on the scale “Physical functioning” ($U=554$; $p=0.032$) and “Physical component of health” ($U=573.5$; $p=0.044$). The cognitive status in patients of the second group was significantly decreased compared with the first group ($U=427$; $p<0.001$). No significant differences were found in adherence to treatment between the two groups ($U=757$; $p=0.666$). Also, there were no patients with type D personality on both subscales ($U=717.5$; $p=0.483$, $U=784$; $p=0.933$) and according to the AUDIT-C scores, there are no significant differences between men ($U=681.5$; $p=0.257$) and women ($U=728.5$; $p=0.425$) in both groups of patients.

Conclusion. Signs of social maladjustment in patients with more severe NYHA functional class of the disease are expressed by significantly more pronounced social isolation (autism), a tendency to avoid communicating with others, isolation on their own problems and hypochondriacal attention to the somatic manifestations of chronic heart failure; probably, the main reason that reduces the level of social adaptation is a high score in neuroticism, which leads to a functional decrease in cognitive abilities and a significant deterioration in quality of life.

Keywords: chronic heart failure, psychosocial adaptation, cardiac rehabilitation.

For citation: Zhidyayevskij A.G., Galyautdinov G.S., Mendelevich V.D., Gataullina A.G., Kuzmenko A.O. Psychosocial adaptation to chronic heart failure in patients with coronary heart disease. *Kazan Medical Journal.* 2021; 102 (2): 156–166. DOI: 10.17816/KMJ2021-156..

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) — одно из наиболее распространённых осложнений всех сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), во многом

определяющее их течение и прогноз [1]. На территории России распространённость в популяции ХСН в различных регионах варьирует от 7 до 10% случаев, из них увеличилась

доля населения с верифицированной клинически выраженной ХСН [II–IV функциональный класс (ФК)] с 4,9 до 8,8%. Серьёзно возросла распространённость терминальной ХСН (III–IV ФК) — с 1,2 до 4,1% случаев [2].

Большая распространённость ХСН и её влияние на прогноз ССЗ делает проблему ХСН не только медицинской, но и социальной. Большую актуальность получает изучение психосоциальных аспектов ССЗ, оценивающих влияние таких факторов на развитие и прогноз основного заболевания [3]. Один из значимых факторов, влияющих на риск развития ССЗ, — тревожно-депрессивные расстройства [4].

Влияние таких расстройств на течение заболеваний сердца обусловлено психологическими/поведенческими (нарушение альянса врач-пациент, несоблюдение режима терапии, снижение внимания, злоупотребление алкоголем, курение) и биологическими (активация гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси, симпатoadреналовая гиперактивность, активация свёртывающей системы крови и воспалительных механизмов, нарушение регуляции просвета сосудов, усугубление гиперкоагуляции) механизмами [5–7]. Следствиями становятся снижение качества жизни и нарушение социальной адаптации [8]. Существуют общие генетические механизмы, которые обуславливают процесс развития депрессии и основных ССЗ, способных привести к ХСН [9, 10].

Следует учитывать тесную сопряжённость аффективной симптоматики со снижением когнитивного потенциала больных [11]. Когнитивные и аффективные нарушения формируют низкую приверженность к проводимой терапии [12]. Адекватное и правильное лечение напрямую влияет на качество жизни пациентов с ХСН, снижая частоту повторных госпитализаций и смертность [13]. Качество жизни имеет непосредственное влияние на тяжесть течения ХСН [14]. Важно добавить, что наличие коморбидной патологии существенно ухудшает течение ССЗ и их прогноз [15].

Активно рассматривают вопросы влияния социального статуса на кардиологического пациента. В частности, акцентируют внимание на приобретённом (достижимом) статусе, которого добивается человек благодаря собственным усилиям, определяющемся образованием, профессией, квалификацией, должностью [16]. Также отводят большую роль социальной среде в принятии болезни, управлении ей и последующей адаптации [17]. Проводят обязательную оценку формирующейся социальной изоляции, изменившихся в условиях болезни

жизненных (социальных) обстоятельств, получаемой социальной поддержки от близких и родственников [18].

Есть достаточные основания полагать, что социальный статус пациента, в частности уровень образования, имеет существенное влияние на выраженность симптомов и тяжесть заболевания [19, 20]. Так, признаки депрессивных расстройств чаще выявляют у пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), с низким уровнем образования и физической активности, одиноких и имеющих вредные привычки [21, 22]. Отечественные исследования подтверждают тот факт, что у пациентов с более высоким уровнем образования меньший риск развития симптомов ИБС и смертности [23, 24]. Низкий социально-экономический статус пациента в совокупности с вышеописанными факторами также способен усугублять течение ССЗ и тем самым ухудшать прогноз в отношении смертности [25, 26]. Чрезмерное употребление алкоголя населением, будучи социально значимой проблемой [27], оказывает негативное влияние на сердечно-сосудистую систему, заметно ухудшая течение ХСН [28, 29].

Важно отметить, что сужение социальных контактов, утрата трудоспособности, отсутствие поддержки и помощи от близких, тяжёлая психосоциальная изоляция заметно снижают адаптивные возможности организма, повышают риск возникновения и ухудшают течение ССЗ [30].

Степень риска развития заболевания и возможность включения адаптационных механизмов пациента в меняющихся условиях, зависят от устойчивости организма при воздействии перечисленных выше факторов. От успешности адаптации к болезни в значительной мере зависят качество жизни пациента, медицинский прогноз и успешность кардиореабилитационных мероприятий [31–36].

Для оценки общности факторов, влияющих на прогноз, дальнейшее лечение и последующую реабилитацию пациентов с ХСН, предложено использовать термин «психосоциальная адаптация». Это понятие авторы статьи расшифровывают как процесс адаптации к заболеванию с социальной, психологической и клинической точек зрения. Несмотря на большое количество публикаций, связанных с психологическими особенностями личности пациентов с ХСН, сопровождающими данное заболевание аффективными расстройствами, нарушением когнитивных функций и изменением качества жизни, не сформирован единый подход к пониманию адаптации/

адаптационного потенциала такого пациента. При существующем многообразии методик врачу сложно подобрать единый способ, который позволил бы чётко оценить адаптационные возможности пациента в отношении заболевания.

Цель. Оценить влияние приобретённого социального статуса, невротических состояний, типа личности D, когнитивных функций, уровня качества жизни и приверженности к лечению на психосоциальную адаптацию пациентов с ИБС к ХСН в зависимости от тяжести декомпенсации.

Материал и методы исследования. Обследованы 87 пациентов с ИБС и ХСН в возрасте 55–72 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в ГАУЗ «Клиника медицинского университета» г. Казани в период с февраля 2019 г. по ноябрь 2020 г. Наблюдаемые были поделены на две сопоставимые по возрасту ($U=678,5$; $p=0,282$) и полу ($U=746$; $p=0,663$) группы в зависимости от значения ФК ХСН (I–IV ФК). В первую группу вошёл 41 человек с ХСН I–II ФК, во вторую группу — 46 человек с ХСН III–IV ФК.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Казанского государственного медицинского университета (протокол №10 от 18.12.2018). Проводили обследование по специально разработанной карте пациента. Карту самостоятельно заполнял пациент под контролем исследователя, она включала информацию о социально-демографических характеристиках (пол, возраст, социально-трудовой статус, уровень образования, семейное положение, уровень дохода по оценке самого пациента, инвалидность) и факторах риска (курение, характер употребления алкоголя).

Критериями включения в исследование были информированное согласие на участие, наличие у пациента клинически подтверждённой ИБС [37] и ХСН, диагностированной согласно клиническим рекомендациям [38,39] на основании комплекса клиничко-anamnestических (жалобы пациента, данные физикального осмотра), лабораторно-инструментальных (результаты общего и биохимического анализов крови, коагулограммы) данных, рентгенографии органов грудной клетки, результатов электрокардиографии, эхокардиографии, а также данных дополнительных методов исследования (тест шестиминутной ходьбы, шкала оценки клинического состояния при ХСН в модификации В.Ю.Мареева) [40].

Критериями исключения из исследования были тяжёлое и нестабильное состояние пациента, затрудняющее проведение анкетирова-

ния, нестабильная стенокардия, психические заболевания, зависимость от психоактивных веществ или аддиктивные расстройства (алкоголизм, наркомания), острое нарушение мозгового кровообращения, инфекционный эндокардит, миокардит, диффузные заболевания соединительной ткани, онкологические заболевания, диагностированная ранее деменция либо энцефалопатия различного генеза, травмы головного мозга в анамнезе.

Для комплексного изучения психосоциальной адаптации пациентов с ИБС к ХСН применяли набор стандартизированных опросников. С целью определения особенностей личностного реагирования и оценки степени социальной адаптации использовали сокращённый многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) [41,42]. С целью исследования уровня невротизации каждого пациента анкетировали с помощью клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1978) [43]. Качество жизни оценивали с помощью миннесотского опросника качества жизни у больных с ХСН (MLHFQ — от англ. Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire) [44] и краткой формы опросника для оценки качества жизни (SF-36 — от англ. Short Form-36 Health Survey Questionnaire) [45]. Исследование когнитивного статуса проводили по результатам тестирования по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE — от англ. Mini-Mental State Examination) [46]. С целью выявления пациентов с наличием типа поведения D использовали 14-вопросный тест «Шкала типа D (DS14)» [47].

Комплаентность к лечению оценивали с помощью теста Мориски–Грина [48], характер употребления алкоголя — с помощью краткой версии теста для выявления расстройств, связанных с алкоголем (AUDIT-C — от англ. Alcohol Use Disorders Identification Test-C) [49]. Оценку уровня дохода проводили на основании методических рекомендаций Росстата [50].

Полученные результаты статистически обработаны с использованием пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2013, программного обеспечения IBM SPSS Statistics 21. При статистическом анализе полученных результатов путём вычисления критерия Шапиро–Уилка установлено, что исследуемые показатели не подчинялись закону нормального распределения, поэтому их компарирование осуществляли методами непараметрической статистики. Данные описательной статистики представлены в виде среднего значения \pm стандартное отклонение и медианы (с межквартиль-

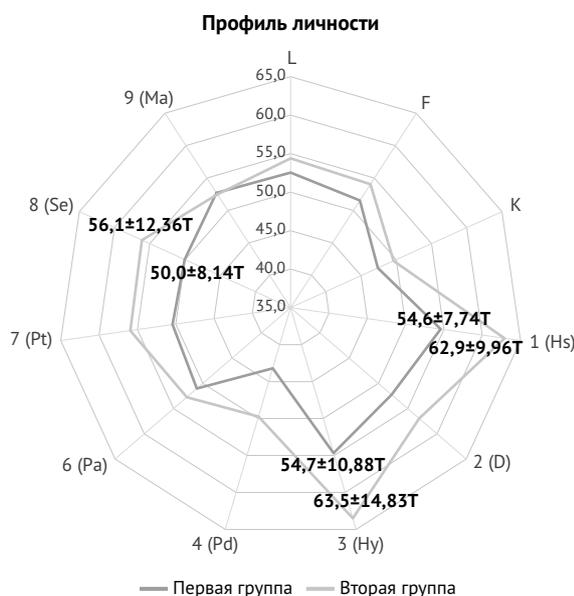


Рис. 1. Усреднённые профили, выявленные по сокращённому многофакторному опроснику для исследования личности (СМОЛ), наблюдаемых (Т-баллы). Обозначение шкал СМОЛ: L — лжи; F — достоверности; K — коррекции; 1 (Hs) — ипохондрии; 2 (D) — депрессии; 3 (Hy) — истерии; 4 (Pd) — психопатии; 6 (Pa) — паранойальности; 7 (Pt) — психастении; 8 (Se) — шизоидности; 9 (Ma) — гипомании

ным размахом). Для сравнения исследуемых количественных показателей между группами использовали тест Манна–Уитни, различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В состав наблюдаемых групп вошли мужчины и женщины, имеющие разный уровень образования и дохода. Среди пациентов первой группы 9 человек были с высшим образованием, 32 пациента не имели высшего образования. В составе пациентов второй группы 6 человек были с высшим образованием, 40 не имели высшего образования. Информация об уровне личного дохода собрана по сведениям, полученным от пациентов, в соответствии с методикой Росстата по расчёту показателей денежных доходов и расходов населения. По уровню доходов между двумя группами пациентов не обнаружено достоверных различий ($U=769,5$; $p=0,807$).

Наблюдаемые опрошены с помощью СМОЛ. Результаты анкетирования представлены в виде графика, демонстрирующего профиль личности пациентов (рис. 1).

Оценка психосоциальной адаптации с помощью опросника СМОЛ продемонстрировала, что доминирующими в профиле личности в обеих группах стали фиксация внимания пациентов на соматическом неблагополучии, склонность к постоянным жалобам, эгоцен-

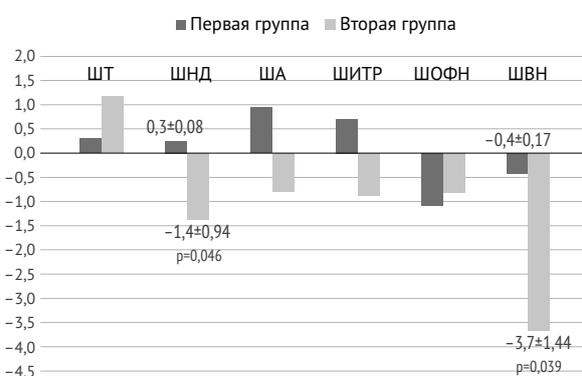


Рис. 2. Результаты исследования уровня невротизации. Анкетирование с помощью клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний (Яхин К.К., Менделевич Д.М., 1978). Обозначение шкал: ШТ — шкала тревоги; ШНД — шкала невротической депрессии; ША — шкала астении; ШИТР — шкала истерического типа реагирования; ШОФН — шкала обсессивно-фобических нарушений; ШВН — шкала вегетативных нарушений

тризму и драматизации. Профиль личности пациентов с более тяжёлым ФК (вторая группа) заметно отличался. Он носил отчётливо невротический характер — отмечено повышение по трём невротическим шкалам в сравнении с показателями по остальным шкалам. В первой группе подобный профиль не обнаружен. Выявлена существенная разница между изучаемыми группами по повышению Т-баллов, шкалам ипохондрии ($U=541$; $p=0,030$) и истерии ($U=579$; $p=0,048$), а также шкале аутизации/шизоидности ($U=577,5$; $p=0,047$).

Полученные результаты могут свидетельствовать об ощущении более выраженной социальной изолированности пациентов с тяжёлой ХСН в связи с фиксацией внимания на соматических симптомах, что приводило к стремлению привлечь внимание окружающих (возможно, из близкого круга) и врачей к субъективной тяжести симптомов ХСН.

Результаты оценки уровня невротизации пациентов представлены на рис. 2. При интерпретации опросника доказанным уровнем болезненного характера выявляемых расстройств считают значения от $-1,28$ и ниже.

По всем шкалам, оценивающим выраженность невротического типа реагирования (за исключением шкалы обсессивно-фобических нарушений), психическое состояние пациентов второй группы носило более выраженный характер. Наибольшие различия обнаружены по шкалам вегетативных нарушений ($U=571$; $p=0,039$) и невротической депрессии ($U=576$; $p=0,046$). Результаты, полученные по тесту оценки ранних признаков невротизации,

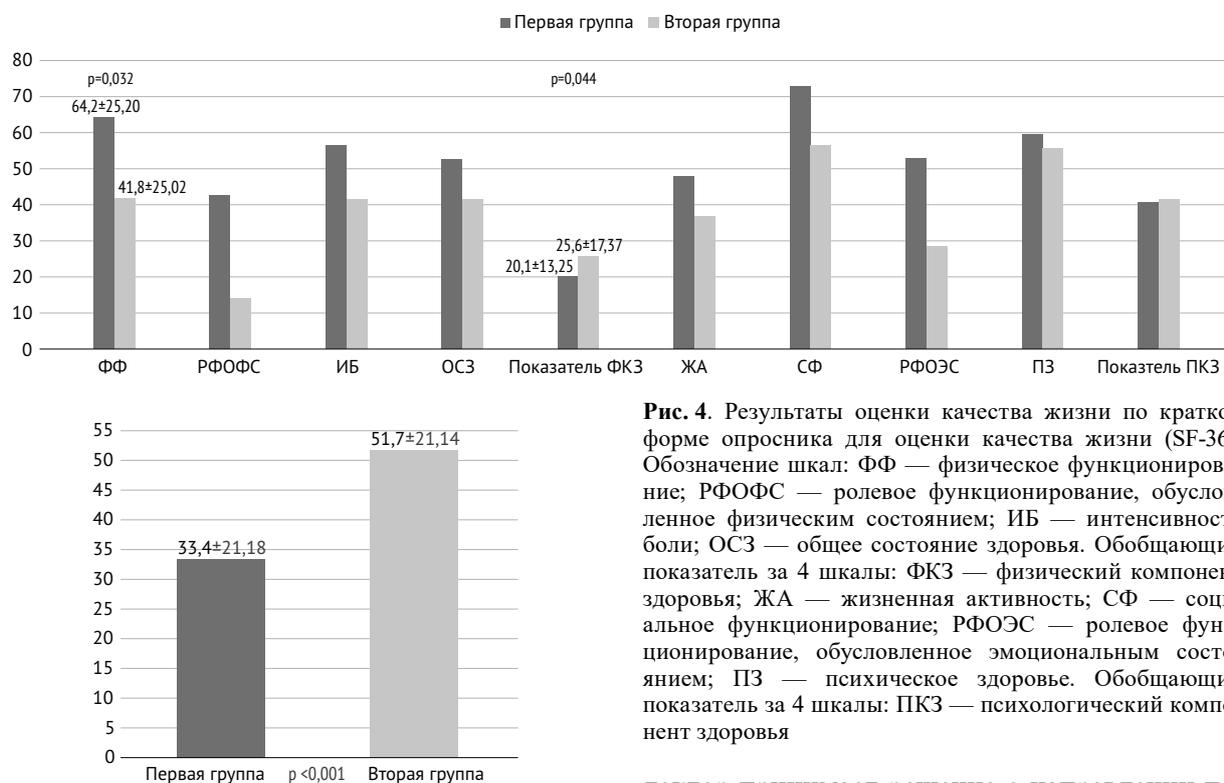


Рис. 3. Результаты оценки качества жизни по миннесотскому опроснику качества жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью

подтвердили выводы, полученные при анализе теста СМОЛ. Показатели пациентов второй группы оказались в зоне отрицательных значений, в том время как в первой группе данная закономерность не обнаружена.

Далее оценивали качество жизни пациентов по опросникам MLHFQ и SF-36 (рис. 3, 4).

В результате сравнения двух групп по опроснику MLHFQ достоверно доказаны различия ($U=447,5$; $p < 0,001$): у пациентов второй группы заметно снижено качество жизни по сравнению с пациентами первой группы.

По результатам опросника SF-36 существенная разница обнаружена по шкале «Физическое функционирование» ($U=554$; $p=0,032$) и показателю «Физический компонент здоровья» ($U=573,5$; $p=0,044$) между первой и второй группами пациентов.

Осуществлена оценка когнитивных функций пациентов с помощью опросника MMSE. Опросник служит инструментом, позволяющим выявить признаки когнитивных нарушений. Это скрининговый метод для врачей любых специальностей, не призванный выставлять диагноз. Чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит. Нормой считают показатель выше 28 баллов. После обнаружения признаков когнитивных нарушений

Рис. 4. Результаты оценки качества жизни по краткой форме опросника для оценки качества жизни (SF-36). Обозначение шкал: ФФ — физическое функционирование; РФОФС — ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; ИБ — интенсивность боли; ОСЗ — общее состояние здоровья. Обобщающий показатель за 4 шкалы: ФКЗ — физический компонент здоровья; ЖА — жизненная активность; СФ — социальное функционирование; РФОЭС — ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; ПЗ — психическое здоровье. Обобщающий показатель за 4 шкалы: ПКЗ — психологический компонент здоровья

доктор принимает решение о направлении пациента к соответствующему специалисту.

В сравниваемых группах обнаружено существенное снижение когнитивных функций у пациентов второй группы — $23,9 \pm 4,10$ балла по сравнению с $26,8 \pm 2,50$ балла в первой группе ($U=427$; $p < 0,001$).

У каждого пациента оценивали комплаентность к лечению по основному заболеванию. Комплаентными считали пациентов с итоговым баллом более 3. В результате исследования достоверных признаков различия в уровне комплаентности обнаружено не было ($U=757$; $p=0,666$). В первой группе пациенты набрали $1,92 \pm 1,31$ балла, во второй — $1,62 \pm 1,28$ балла. Однако как в первой, так и во второй группе средние значения комплаентности позволяют заключить, что пациенты обеих групп не имеют приверженности к лечению.

Установлено, что тип личности D (тип поведения D), входящий в перечень психосоциальных факторов риска, оказывает существенное влияние на возникновение и прогрессирование ССЗ [51]. Тип личности D характеризуется повышенным уровнем негативных эмоций, таких как беспокойство, депрессивные настроения, раздражительность, выраженная склонность к использованию дезадаптивных копинг-стратегий, а также социальному подавлению и изоляции [52].

В опроснике семь вопросов относятся к субшкале «негативная возбудимость», а другие семь — к «социальному ингибированию».

Таблица 1. Оценка типа поведения D

Группа	«Негативная возбудимость»	«Социальное ингибирование»
Первая	9,0±4,42	9,5±5,07
Вторая	10,2±6,93	9,3±5,66

Пациенты, получившие 10 баллов и более по обоим субшкалам, имеют тенденцию к типу поведения D. В нашем исследовании (табл. 1) пациенты обеих групп набрали подпороговые значения и не обнаруживают достоверных различий между исследуемыми группами по субшкалам «Негативная возбудимость» ($U=717,5$; $p=0,483$) и «Социальное ингибирование» ($U=784$; $p=0,933$).

Проанализирован вопрос употребления алкоголя у пациентов двух групп по сокращённой версии теста для выявления расстройств, связанных с алкоголем (AUDIT-C — от англ. Alcohol Use Disorders Identification Test-C) (табл. 2). Интерпретация теста предполагала, что 0 — отсутствие употребления алкоголя, тест считают положительным, если у мужчины набрано 4 балла и выше, а у женщины — 3 балла и выше.

Достоверных различий в исследуемых группах не обнаружено, но среди мужчин первой и второй групп данный тест показал положительный результат.

Обсуждение. В настоящем исследовании установлено, что психическое состояние пациентов с ХСН III–IV ФК достоверно отличалось от данных, полученных у пациентов с ХСН I–II ФК. Обнаружено, что признаки социальной дезадаптации у пациентов с более тяжёлым ФК заболевания сопровождались достоверно более выраженной социальной изоляцией (аутизацией), склонностью уклоняться от общения с окружающими, замкнутостью на собственных проблемах и ипохондрической фиксацией внимания на соматических проявлениях ХСН. Предположительно основные причины, уменьшавшие уровень социальной адаптации пациентов данной группы, — вегетативные нарушения и депрессивные симптомы, которые снижали уровень когнитивного функционирования пациентов.

Важно отметить факт меньшего количества пациентов, находящихся на стационарном лечении, с высшим образованием, что

согласуется с проведёнными ранее исследованиями [19–24], демонстрирующими, что данный аспект влияет на течение ССЗ, а также подтверждает, что пациенты с более высоким уровнем образования лучше адаптированы к заболеванию и в целом следят за своим здоровьем, вследствие чего реже обращаются за медицинской помощью.

Таким образом, результаты полученных исследований позволяют полагать, что на снижение социальной адаптации пациентов с различной тяжестью декомпенсации ХСН существенное влияние оказывает комплекс психосоциальных факторов. Среди них значимое место занимает выраженность невротизации, которая в свою очередь способна приводить к функциональному снижению когнитивных способностей, значимому ухудшению качества жизни. Также обращает на себя внимание низкая приверженность к лечению у пациентов обеих групп.

На основе полученных данных и существующей информации о влиянии тех или иных причин на течение ХСН авторами разработана модель, способная позволить всесторонне оценить психосоциальную адаптацию к ХСН (рис. 5).

Предполагают, что в процессе адаптации к заболеванию принимают участие три группы факторов: социальный статус, психологические факторы и клиническое течение заболевания. Данные группы факторов могут быть немодифицируемыми, модифицируемыми и частично модифицируемыми. При персонифицированном подходе к пациенту врач учитывает те факторы, которые способен откорректировать, что позволит пациенту с ХСН лучше адаптироваться к заболеванию.

Авторы, считают, что данная модель должна быть преобразована в специализированную анкету, позволяющую оценить степень нарушения психосоциальной адаптации пациента к ХСН и рекомендовать адекватный реабилитационный подход, исходя из выраженности дезадаптивного процесса. В процессе кардиореабилитационных мероприятий в зависимости от выраженности и тяжести выявляемых расстройств принимают участие такие профильные специалисты, как клинический психолог, психотерапевт, психиатр, а также врач кардиолог/терапевт [53].

Таблица 2. Результаты теста для выявления расстройств, связанных с алкоголем, AUDIT-C с распределением по полу

Группа	Мужчины	Уровень значимости	Женщины	Уровень значимости
Первая	4,5±2,83	$U=681,5$, $p=0,257$	1,6±1,03	$U=728,5$, $p=0,425$
Вторая	5,0±3,00		1,7±1,20	



Рис. 5. Модель психосоциальной адаптации к хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Социальный статус.* Предписанный: пол, возраст. Приобретённый: уровень образования, профессия, должность, доход. *Психологические факторы.* Личностные особенности: профиль личности, тип личности. *Аффективные нарушения:* тревожно-депрессивные расстройства. *Когнитивные нарушения:* когнитивные функции. *Качество жизни:* изменение качества жизни. *Клиническое течение:* тяжесть ХСН согласно клиническим рекомендациям. *Коморбидная патология:* сопутствующие заболевания. *Приверженность к лечению.* ←→ факторы, на которые может оказывать влияние врач.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с выраженной декомпенсацией хронической сердечной недостаточности обнаружены как общие черты, так и явные различия в процессе психосоциальной адаптации к заболеванию. Весь перечень выявленных причин, способный принимать участие в снижении психологической и социальной адаптации, следует учитывать при работе с такими пациентами, в том числе для качественной коррекции нарушений и последующей реабилитации.

2. С учётом специфики психологических изменений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, опосредованных индивидуально-личностными особенностями, представляется обоснованным внедрение персонифицированного подхода, учитывающего социальный статус, выраженность нарушений, степень снижения качества жизни, когнитивного потенциала и приверженности к лечению. Весь комплекс мероприятий врача должен быть направлен на увеличение адапта-

ционного потенциала пациента в отношении заболевания и улучшение качества вторичной профилактики.

Участие авторов. А.Г.Ж. проводил исследование, отвечал за сбор и анализ результатов, написание текста; Г.С.Г. и В.Д.М. — руководители работы; А.Г.Г. и А.О.К. — сбор и обработка материалов.

Источник финансирования. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Сердечно-сосудистый континуум. *Ж. сердечная недостаточность.* 2002; 3 (1): 7–11. [Belonkov Ju.N., Mareev V.Ju. Cardiovascular continuum. *Russian Heart Failure Journal.* 2002; 3 (1): 7–11. (In Russ.)]
2. Фомин И.В. Хроническая сердечная недостаточность в Российской Федерации: что сегодня мы знаем и что должны делать. *Рос. кардиол. ж.* 2016; (8): 7–13. [Fomin I.V. Chronic heart failure in Russian Federation: what do we know and what to do. *Russian Journal of Cardiology.* 2016; (8): 7–13. (In Russ.)] DOI: 10.15829/1560-4071-2016-8-7-13.
3. Погосова Н.В., Бойцов С.А., Оганов Р.Г., Юферева Ю.М., Костюк Г.П., Курсаков А.А., Аушева А.К., Выгодин В.А. Клинико-эпидемиологическая программа изучения психосоциальных факторов риска в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КОМЕТА): первые результаты российского многоцентрового исследования. *Кардиология.* 2018; 58 (9): 47–58. [Pogosova N.V., Boytsov S.A., Oganov R.G., Yufereva Yu.M., Kostyuk G.P., Kursakov A.A., Ausheva A.K., Vygodin V.A. Clinical-epidemiological program of studying psychosocial risk factors in cardiological practice in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease: First results of a multi-center study in Russia. *Kardiologiya.* 2018; 58 (9): 47–58. (In Russ.)] DOI: 10.18087/cardio.2018.9.10171.
4. De Miranda Azevedo R., Roest A.M., Hoen P.W., de Jonge P. Cognitive/affective and somatic/affective symptoms of depression in patients with heart disease and their association with cardiovascular prognosis: A meta-analysis. *Psychol. Med.* 2014; 44 (13): 2689–2703. DOI: 10.1017/S0033291714000063.
5. Vale S. Psychosocial stress and cardiovascular diseases. *Postgrad Med. J.* 2005; 81: 429–435. DOI: 10.1136/pgmj.2004.028977.
6. Consoli S.M. Stress and the cardiovascular system. *Encephale.* 1993; 19 (1): 163–170. PMID: 8281897.
7. Allison T.G., Williams D.E., Miller T.D., Patten C.A., Bailey K.R., Squires R.W., Gau G.T. Medical and economic costs of psychologic distress in patients with coronary artery disease. *Mayo Clin. Proc.* 1995; 70 (8): 734–742. DOI: 10.4065/70.8.734.
8. Гуров В.А., Медведев В.Э. Тревожные расстройства в общей врачебной практике: аспекты клиники и терапии. *Архив внутренней мед.* 2011; (2): 15–19. [Gurov V.A., Medvedev V.E. Anxiety disorders in general medical practice: aspects of clinic and therapy. *Arkhiv vnutrenney meditsiny.* 2011; (2): 15–19. (In Russ.)] DOI: 10.20514/2226-6704-2011-0-2-15-19.

9. Pase M.P., Beiser A., Enserro D., Xanthakis V., Aparicio H., Satizabal C.L., Himali J.J., Kase C.S., Vasan R.S., DeCarli C., Seshadri S. Affiliations expand. Association of ideal cardiovascular health with vascular brain injury and incident dementia. *Stroke*. 2016; 47 (5): 1201–1206. DOI: 10.1161/STROKEAHA.115.012608.

10. Lowe G.D., Lee A.J., Rumley A. Blood viscosity and risk of cardiovascular events: the Edinburgh Artery Study. *Br. J. Haematol.* 1997; 96 (1): 168–73. DOI: 10.1046/j.1365-2141.1997.8532481.x.

11. Shulman K.I., Gold D.P., Cohen C.A., Zuccherro C.A. Clock-drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 1993; 8: 487–496. DOI: 10.1002/gps.930080606.

12. Вологодина И.В., Симаненков В.И., Порошина Е.Г., Минько Б.А. Качество жизни и приверженность терапии у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью, коморбидными когнитивными и аффективными нарушениями. *Вестн. Северо-Западного гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова*. 2016; 8 (1): 45–49. [Vologdina I.V., Simanenkova V.I., Poroshina E.G., Minko B.A. Quality of life and adherence in patients with heart failure, cognitive and affective impairment. *Herald of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov*. 2016; 8 (1): 45–49. (In Russ.)]

13. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., Беграмбекова Ю.Л., Васюк Ю.А., Гарганеева А.А., Гендлин Г.Е., Глезер М.Г., Готье С.В., Довженко Т.В., Кобалава Ж.Д., Козиолова Н.А., Коротеев А.В., Мареев Ю.В., Овчинников А.Г., Перепеч Н.Б., Тарловская Е.И., Чесникова А.И., Шевченко А.О., Арутюнов Г.П., Беленков Ю.Н., Галявич А.С., Гиляревский С.Р., Драпкина О.М., Дупляков Д.В., Лопатин Ю.М., Ситникова М.Ю., Скибицкий В.В., Шляхто Е.В. Клинические рекомендации ОССН-РКО-РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение. *Кардиология*. 2018; 58 (6S): 8–158. [Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T., Begrambekova Yu.L., Vasyuk Yu.A., Garganeeva A.A., Gendlin G.E., Glezer M.G., Gautier S.V., Dovzhenko T.V., Kobalava Z.D., Koziolova N.A., Koroteev A.V., Mareev Yu.V., Ovchinnikov A.G., Perepech N.B., Tarlovskaya E.I., Chesnikova A.I., Shevchenko A.O., Arutyunov G.P., Belenkov Yu.N., Galyavich A.S., Gilyarevsky S.R., Drapkina O.M., Duplyakov D.V., Lopatin Yu.M., Sitnikova M. Yu., Skibitsky V.V., Shlyakhto E.V. Russian Heart Failure Society, Russian Society of Cardiology. Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine Guidelines for Heart failure: chronic (CHF) and acute decompensated (ADHF). Diagnosis, prevention and treatment. *Kardiologiya*. 2018; 58 (6S): 8–158. (In Russ.)] DOI: 10.18087/cardio.2475.

14. Mastenbroek M.H., Versteeg H., Zijlstra W.P., Meine M., Spertus J.A., Pedersen S.S. Disease-specific health status as a predictor of mortality in patients with heart failure: A systematic literature review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Eur. J. Heart Fail.* 2014; 16 (4): 384–393. DOI: 10.1002/ejhf.55.

15. Оганов Р.Г., Денисов И.Н., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Болдуева С.А., Барбараш О.Н., Гарганеева Н.П., Дощин В.Л., Драпкина О.М., Дудинская Е.Н., Котовская Ю.В., Лиля А.М., Мамедов М.Н., Марданов Б.У., Миллер О.Н., Петрова М.М., Поздняков Ю.М., Рункина Н.К., Сайганов С.А., Тарасов А.В., Ткачёва О.Н., Уринский А.М., Шальнова С.А. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации. *Кардиоваск.*

терап. и профил. 2017; 16 (6): 5–56. [Oganov R.G., Denisov I.N., Simanenkova V.I., Bakulin I.G., Bakulina N.V., Boldueva S.A., Barbarash O.N., Garganeeva N.P., Doshchitsin V.L., Drapkina O.M., Dudinskaya E.N., Kotovskaya Yu.V., Lila A.M., Mamedov M.N., Mardanov B.U., Miller O.N., Petrova M.M., Pozdnyakov Yu.M., Runikhina N.K., Saiganov S.A., Tarasov A.V., Tkacheva O.N., Urinsky A.M., Shalnova S.A. Comorbidities in practice. Clinical guidelines. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2017; 16 (6): 5–56. (In Russ.)] DOI: 10.15829/1728-8800-2017-6-5-56.

16. Шкаратан О.И. *Социология неравенства. Теория и реальность*. Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: ИД ВШЭ. 2012; 526 с. [Shkaratan O.I. *Sotsiologiya neravenstva. Teoriya i real'nost'*. (Sociology of inequality. Theory and reality.) М.: Publishing House of the Higher School of Economics. 2012; 526 p. (In Russ.)]

17. Heo S., Moser D.K., Lennie T.A., Riegel B., Chung M.L. Gender differences in and factors related to self-care behaviors: A cross-sectional, correlational study of patients with heart failure. *Int. J. Nurs Stud.* 2008; 45 (12): 1807–1815. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2008.05.008.

18. Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Барбараш О.Л., Бойцов С.А., Болдуева С.А., Гарганеева Н.П., Дощин В.Л., Каратеев А.Е., Котовская Ю.В., Лиля А.М., Лукьянов М.М., Морозова Т.Е., Переверзев А.П., Петрова М.М., Поздняков Ю.М., Сыров А.В., Тарасов А.В., Ткачёва О.Н., Шальнова С.А. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ, Национальная медицинская ассоциация по изучению сочетанных заболеваний, Профессиональный фонд содействия развитию медицины «ПРОФМЕДФОРУМ». Клинические рекомендации. *Кардиоваск. терап. и профил.* 2019; 18 (1): 5–66. [Oganov R.G., Simanenkova V.I., Bakulin I.G., Bakulina N.V., Barbarash O.L., Boytsov S.A., Boldueva S.A., Garganeeva N.P., Doshchitsin V.L., Karateev A.E., Kotovskaya Yu.V., Lila A.M., Lukyanov M.M., Morozova T.E., Pereverzev A.P., Petrova M.M., Pozdnyakov Yu.M., Syrov A.V., Tarasov A.V., Tkacheva O.N., Shalnova S.A. Comorbid pathology in clinical practice. Algorithms for diagnosis and treatment. Association of General Practitioners (Family Physicians) of the Russian Federation, National Medical Association for the Study of Combined Diseases, Professional Foundation for the Promotion of Medicine “PROFMEDFORUM”. Clinical guidelines. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2019; 18 (1): 5–66. (In Russ.)] DOI: 10.15829/1728-8800-2019-1-5-66.

19. Погосова Г.В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного характера в общей медицинской практике. В кн.: *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. Методическое пособие для врачей. М. 2007; 24 с. [Pogosova G.V. Modern approaches to the diagnosis and treatment of depressive disorders in general medical practice. In: *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. Metodicheskoe posobie dlya vrachev. (Cardiovascular therapy and prevention. Methodological guide for doctors.) М. 2007; 24 p. (In Russ.)]

20. Мухтаренко С.Ю., Мураталиев Т.М., Неклюдова Ю.Н., Звенцова В.К., Окунова А.А. Аффективные расстройства и качество жизни у больных коронарной болезнью сердца при различных методах лечения. *Кардиоваск. терап. и профил.* 2015; 14 (4): 18–21. [Mukhtarenko S.Yu., Murataliev T.M., Neklyudova Yu.N., Zventsova V.K., Okunova A.A. Affect disorders and life quality in coronary heart disease patients under different treatment

approaches. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2015; 14 (4): 18–21. (In Russ.) DOI: 10.15829/1728-8800-2015-4-18-21.

21. Anda R., Williams D., Jones D., Macera C., Eaker E., Glassman A., Marks J. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. *Epidemiology*. 1993; 4 (4): 285–294. DOI: 10.1097/00001648-199307000-00003.

22. Ariyo A.A., Haan M., Tangen C.M., Rutledge J.C., Cushman M., Dobs A., Furberg C.D. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. *Circulation*. 2000; 102 (15): 1773–1779. DOI: 10.1161/01.cir.102.15.1773.

23. Изможерова Н.В., Попов А.А. Оценка факторов риска атеросклероза у женщин с ишемической болезнью сердца, развившейся до шестидесяти пяти лет. *Рос. кардиол. ж.* 2008; (1): 61–64. [Izmozherova N.V., Popov A.A. Atherosclerosis risk factors in women with coronary heart disease developed before the age of 65 years. *Rossiyskiy kardiologicheskij zhurnal*. 2008; (1): 61–64. (In Russ.)] DOI: 10.15829/1560-4071-2008-1-61-64.

24. Plavinski S.L., Plavinskaya S.I., Klimov A.N. Social factors and increase in mortality in Russia in the 1990s: prospective cohort study. *BMJ*. 2003; 326 (7401): 1240–1242. DOI: 10.1136/bmj.326.7401.1240.

25. Vathesatogkit P., Batty G.D., Woodward M. Socioeconomic disadvantage and disease specific mortality in Asia: Systematic review with meta-analysis of population — based cohort studies. *J. Epidemiol. Community Health*. 2014; 68 (4): 375–383. DOI: 10.1136/jech-2013-203053.

26. Pollitt R.A., Rose K.M., Kaufman J.S. Evaluating the evidence for models of life course socioeconomic factors and cardiovascular outcomes: A systematic review. *BMC Public Health*. 2005; 20 (5): 7. DOI: 10.1186/1471-2458-5-7.

27. Алкоголь. *Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень*. 2018. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol.html> (дата обращения: 11.01.2021). [Alcohol. *World Health Organization. News bulletin*. 2018. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol> (access date: 11.01.2021). (In Russ.)]

28. Gardner J.D., Mouton A.J. Alcohol effects on cardiac function. *Compr. Physiol*. 2015; 5 (2): 791–802. DOI: 10.1002/cphy.c140046.

29. Pankuweit S. Alcohol consumption in women and the elderly: When does it induce heart failure? *Herz*. 2016; 41 (6): 494–497. DOI: 10.1007/s00059-016-4462-0.

30. Воробьева О.В. Клинические особенности депрессии в общемедицинской практике (по результатам программы «КОМПАС»). *Consil. Med*. 2004; 6 (2): 154–158. [Vorobieva O.V. Clinical features of depression in general medical practice (based on the results of the «COMPASS» program). *Consilium Medicum*. 2004; 6 (2): 154–158. (In Russ.)]

31. Дубинина Е.А. *Психическая адаптация при сердечно-сосудистых заболеваниях: феноменология, динамика, прогноз*. Учебно-методическое пособие для врачей и медицинских психологов. РГПУ им. А.И. Герцена. СПб.: Копи-Р Групп. 2013; 88 с. [Dubinina E.A. *Psikhicheskaya adaptatsiya pri serdechno-sosudistyykh zabolevaniyakh: fenomenologiya, dinamika, prognoz*. Uchebno-metodicheskoe posobie dlya vrachey i meditsinskikh psikhologov. (Mental adaptation in cardiovascular diseases: phenomenology, dynamics, prognosis. Study guide for doctors and medical psychologists.)

RGPU im. A.I. Gertsena. SPb.: Kopy-R Grupp. 2013; 88 p. (In Russ.)]

32. Rutledge T., Redwine L.S., Linke S.E., Mills P.J. A meta-analysis of mental health treatments and cardiac rehabilitation for improving clinical outcomes and depression among patients with coronary heart disease. *Psychosom. Med*. 2013; 75 (4): 335–349. DOI: 10.1097/PSY.0b013e318291d798.

33. Piepoli M.F., Corra U., Benzer W., Bjarnason-Wehrens B., Dendale P., Gaita D., McGee H., Mendes M., Niebauer J., Zwisler A.-D.O., Schmid J.-P. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: From knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil*. 2010; 17 (1): 1–17. DOI: 10.1097/HJR.0b013e3283313592.

34. Sharp J., Baillie N., Osborne M., Whitnall L., Sharp L. Outcome evaluation of brief psychosocial training for cardiac rehabilitation staff. *J. Cardiopulm. Rehabil. Prev*. 2007; 27 (2): 99–103. DOI: 10.1097/01.HCR.0000265037.31780.af.

35. Blumenthal J.A. Psychosocial training and cardiac rehabilitation. *J. Cardiopulm. Rehabil. Prev*. 2007; 27 (2): 104–106. DOI: 10.1097/01.HCR.0000265038.69898.b0.

36. Albus C., Jordan J., Herrmann-Lingen C. Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart disease—recommendations for clinical practice. *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil*. 2004; 11 (1): 75–79. DOI: 10.1097/01.hjr.0000116823.84388.6c.

37. Российское кардиологическое общество. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Клинические рекомендации 2020. *Рос. кардиол. ж.* 2020; 25 (11): 4076. [Russian Society of Cardiology. 2020 Clinical practice guidelines for Stable coronary artery disease. *Rossiyskiy kardiologicheskij zhurnal*. 2020; 25 (11): 4076. (In Russ.)] DOI:10.15829/29/1560-4071-2020-4076.

38. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Клинические рекомендации. Российское кардиологическое общество. *Хроническая сердечная недостаточность*. 2020; 183 с. https://www.scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_HSN.pdf.html (дата обращения: 11.01.2021). [Ministry of Health of the Russian Federation. Clinical guidelines. Russian Society of Cardiology. *Chronic heart failure*. 2020; 183 p. https://www.scardio.ru/content/Guidelines/2020/Clinic_rekom_HSN.pdf.html (access date: 11.01.2021). (In Russ.)]

39. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., Арутюнов Г.П., Беграмбекова Ю.Л., Беленков Ю.Н., Васюк Ю.А., Галевич А.С., Гарганеева А.А., Гендлин Г.Е., Гиляревский С.Р., Глезер М.Г., Драпкина О.М., Дупляков Д.В., Кобалава Ж.Д., Козиолова Н.А., Лопатин Ю.М., Мареев Ю.В., Моисеев В.С., Недошивин А.О., Перепеч Н.Б., Ситникова М.Ю., Скибицкий В.В., Тарловская Е.И., Чесникова А.И., Шляхто Е.В. Клинические рекомендации. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). *Ж. сердечная недостаточность*. 2017; 18 (1): 3–40. [Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T., Arutyunov G.P., Begrambekova Yu.L., Belenkov Yu.N., Vasyuk Yu.A., Galyavich A.S., Garganeeva A.A., Gendlin G.E., Gilyarevsky S.R., Glezer M.G., Drapkina O.M., Duplyakov D.V., Kobalava Zh.D., Koziolova N.A., Lopatin Yu.M., Mareev Yu.V., Moiseev V.S., Nedoshivin A.O., Perepetch N.B., Sitnikova M.Yu., Skibitsky V.V., Tarlovskaya E.I., Chesnikova A.I., Shlyakhto E.V. Clinical guidelines. Chronic heart failure (CHF). *Zhurnal serdechnaya nedostatochnost*. 2017; 18 (1): 3–40. (In Russ.)] DOI: 10.18087/rhfj.2017.1.2346.

40. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. *Принципы рационального лечения сердечной недостаточности*. М.: Media Medica. 2001; 266 с. [Belenkov Yu.N., Mareev V.Yu. *Printsiipy ratsional'nogo lecheniya serdechnoy nedostatochnosti*. (Principles of rational management of heart failure.) М.: Media Medica. 2001; 266 p. (In Russ.)]
41. Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult. *Психол. ж.* 1981; (3): 118–123. [Zaitsev V.P. Variant of the psychological test Mini-Mult. *Psikhologicheskii zhurnal*. 1981; (3): 118–123. (In Russ.)]
42. Зайцев В.П., Айвазян Т.А. Психологический тест СМОЛ: применение в клинической медицине (аналитический обзор). *Терап. арх.* 2008; (4): 89–92. [Zaitsev V.P., Aivazyan T.A. Psychological resin test: use in clinical medicine (analytical review). *Terapevticheskiy arkhiv*. 2008; (4): 89–92. (In Russ.)]
43. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний. В кн.: *Клиническая и медицинская психология*. Практическое руководство. М. 1998; 545–552. [Yakhin K.K., Mendelevich D.M. Clinical questionnaire for the identification and assessment of neurotic conditions. In: *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya*. Prakticheskoe rukovodstvo. (Clinical and medical psychology. A practical guide.) М. 1998; 545–552. (In Russ.)]
44. Rector Th., Cohn J. Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. *Am. Heart J.* 1992; 124 (4): 1017–1025. DOI: 10.1016/0002-8703(92)90986-6.
45. Ware Jr.J.E., Sherbourne C.D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care.* 1992; 30 (6): 473–483. PMID: 1593914.
46. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 1975; 12 (3): 189–198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
47. Denollet J. DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosom. Med.* 2005; 67 (1): 89–97. DOI: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49.
48. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med. Care.* 1986; 24 (1): 67–74. DOI: 10.1097/00005650-198601000-00007.
49. Saunders J.B., Aasland O.G., Babor T.F., De La Fuente J.R., Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Comparative Study Addiction.* 1993; 88 (6): 791–804. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x.
50. *Методологическое положение по расчёту показателей денежных доходов и расходов населения*. Приказ Росстата от 2 июля 2014 г. №465. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_167107/html (дата обращения: 11.01.2021). [The Order of the Federal State Statistics Service (Rosstat) No. 465, issued at 2 July 2014 “Methodological regulations for the calculation of indicators of monetary income and expenditure of the population”. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_167107/html (access date: 11.01.2021). (In Russ.)]
51. Kupper N., Denollet J. Type D personality as a prognostic factor in heart disease: assessment and mediating mechanisms. *J. Pers. Assess.* 2007; 89 (3): 265–276. DOI: 10.1080/00223890701629797.
52. Sogaro E., Schinina F., Burgisser C., Orso F., Pallante R., Aloï T., Vanni D., Pazzagli A., Fattiroli F. Type D personality impairs quality of life, coping and short-term psychological outcome in patients attending an outpatient intensive program of cardiac rehabilitation. *Monaldi Arch. Chest Dis.* 2010; 74 (4): 181–191. DOI: 10.4081/monaldi.2010.259.
53. Аронов Д.М. Основы кардиореабилитации. *Кардиология: новости, мнения, обучение*. 2016; (3): 104–110. [Aronov D.M. Cardiac rehabilitation basic. *Kardiologiya: novosti, mneniya, obuchenie*. 2016; (3): 104–110. (In Russ.)]