

<https://doi.org/10.29001/2073-8552-2024-39-3-64-71>
УДК 616.12-005.4-036.12-06:616.895

Клинические и динамические особенности биполярного аффективного расстройства у больных хронической ишемической болезнью сердца

Е.В. Лебедева^{1, 2}, Е.Д. Счастный¹, Г.Г. Симуткин¹,
Т.Г. Нонка², С.Н. Васильева¹, А.Н. Репин²

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

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

Аннотация

Введение. В настоящее время актуально исследование коморбидности, которая характерна для клинической картины современных пациентов. Это относится и к психическим расстройствам при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ), которые часто встречаются, влияют на социальное функционирование и определяют клинико-биологические характеристики пациентов и прогноз. Биполярное аффективное расстройство (БАР) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) являются одним из примеров подобной коморбидности. Последние данные свидетельствуют о том, что причиной смерти до 40% пациентов с БАР являются сердечно-сосудистые заболевания.

Цель исследования: изучение частоты БАР и их клинико-динамических особенностей у пациентов с хронической ИБС с оценкой показателей 7-летней выживаемости.

Материал и методы. Проведено исследование больных с подтвержденной хронической ИБС в возрасте 35–70 лет, проживавших в Томске и Томской области: основная группа (с выявленными аффективными расстройствами, верифицированными психиатром, $n = 262$) и группа сравнения (без аффективных или других психических расстройств, $n = 291$). Для оценки депрессивной симптоматики использовали шкалу депрессии Гамильтона для сезонных аффективных расстройств. Для оценки выживаемости применяли таблицы дожития и диаграммы Каплана – Мейера, которые сравнивали в группах с помощью лог-рангового критерия Кокса – Мантеля.

Результаты. Частота БАР среди госпитализированных пациентов с хронической ИБС втрое превышала таковую в популяции. Депрессивная симптоматика при БАР не различалась клинически от таковой при других аффективных расстройствах. К прогностическим знакам, свидетельствующим о риске БАР, отнесены: отягощенность семейного анамнеза психическими расстройствами, атипичная спецификация депрессии, более ранний возраст возникновения депрессии, высокая полиморбидность с психическими (тревожными расстройствами, синдромом зависимости вследствие употребления алкоголя, никотина) и соматическими заболеваниями. По данным ретроспективной оценки, ИБС в половине случаев развивалась на фоне БАР. За 7-летний период наблюдения количество случаев БАР удвоилось в сравнении с началом исследования. Пациенты с БАР более часто переносили острый инфаркт миокарда и имели клинически более значимые функциональные классы стенокардии напряжения и сердечной недостаточности.

Заключение. За 7-летний период наблюдения количество больных с БАР увеличивалось вдвое. Пациенты с указанной коморбидностью отличались неблагоприятным прогнозом в отношении выживаемости (62,5%) в сравнении с лицами без аффективных расстройств.

Ключевые слова:	коморбидность; биполярное аффективное расстройство; хроническая ишемическая болезнь сердца; выживаемость.
Финансирование:	исследование выполнено в рамках темы «Персонализированная диагностика и терапия больных полиморбидными расстройствами шизофренического и аффективного спектра», № гос. регистрации 1022122000004-8-3.2.24.

✉ Лебедева Елена Владимировна, e-mail: evl26021971@gmail.com.

Соответствие принципам этики:	все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено комитетом по биомедицинской этике НИИ кардиологии Томского НИМЦ на заседании № 177 от 30 октября 2018 г., а 18.11.2022 г. – локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 157 – Дело № 157/5.2022).
Для цитирования:	Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Нонка Т.Г., Васильева С.Н., Репин А.Н. Клинические и динамические особенности биполярного аффективного расстройства у больных хронической ишемической болезнью сердца. <i>Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины</i> . 2024;39(3):64–71. https://doi.org/10.29001/2073-8552-2024-39-3-64-71 .

Clinical and dynamic features of bipolar affective disorder in patients with chronic coronary artery disease

Elena V. Lebedeva^{1,2}, Evgeny D. Schastnyy¹, German G. Simutkin¹,
Tatiana G. Nonka², Svetlana N. Vasilieva¹, Alexey N. Repin²

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

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

Abstract

Introduction. Currently, the study of comorbidity, which is characteristic of the clinical picture of modern patients, is relevant. This also applies to psychiatric disorders in cardiovascular diseases, which are common, affect social functioning and determine the clinical and biological characteristics of patients and prognosis. Bipolar disorder and coronary heart disease are one example of such a comorbidity. Recent evidence suggests that up to 40% of patients with bipolar disorder die from cardiovascular disease.

Aim: To study the frequency of bipolar disorders and their clinical and dynamic features in patients with chronic coronary artery disease with the assessment of seven-year survival rates.

Material and Methods. Patients with confirmed chronic coronary artery disease, aged 35–70 years, living in Tomsk and the Tomsk Region: the main group (with identified mood disorders, diagnosed by a psychiatrist, $n = 262$) and the comparison group (without mood or other mental disorders, $n = 291$). The Hamilton Depression Scale for Seasonal Affective Disorders was used to assess depressive symptoms. The survival tables and Kaplan – Meier methods were used to assess survival, survival curves were compared using the Mantel – Cox logrank test.

Results. The frequency of bipolar disorder among hospitalized patients with chronic coronary artery disease was three times higher than that in the population. Depressive symptoms in bipolar disorder did not differ clinically from those in other mood disorders. The prognostic signs indicating the risk of bipolar disorder include: family history with mental disorders, atypical specification of depression, earlier age of onset of depression, high multimorbidity with mental (anxiety disorders, dependence syndrome due to alcohol, nicotine) and physical diseases. According to a retrospective assessment, coronary artery disease in half of the cases developed against the background of bipolar disorder. During the 7-year follow-up period, the number of cases of bipolar disorder doubled compared to the beginning of the study. Patients with bipolar disorder had more frequent acute myocardial infarction and had clinically more significant functional classes of angina pectoris and heart failure.

Conclusion. During the 7-year follow-up period, the number of patients with bipolar disorder doubled. Patients with this comorbidity had an unfavorable prognosis in terms of survival (62.5%) compared with individuals without mood disorders.

Keywords:	comorbidity; bipolar disorder; chronic coronary artery disease; survival.
Funding:	the study was carried out within the framework of the theme “Personalized diagnosis and therapy of patients with multimorbid disorders of schizophrenic and affective spectrum.” State registration number 1022122000004-8-3.2.24.
Compliance with ethical standards:	all patients signed an informed consent to participate in the study. The study was approved by the local ethical committee of Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center (protocol no. 115 dated November 18, 2022 – File no. 157/5.2022).

For citation:

Lebedeva E.V., Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Nonka T.G., Vasilieva S.N., Repin A.N. Clinical and dynamic features of bipolar disorder in patients with chronic coronary artery disease. *The Siberian Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2024;39(3):64–71. <https://doi.org/10.29001/2073-8552-2024-39-3-64-71>.

Введение

В настоящее время особенно актуально исследование коморбидности [1–5], поскольку полипатия характерна для клинической картины современных пациентов [2]. Это относится и к психическим расстройствам при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) [6–7], которые часто встречаются, влияют на социальное функционирование и определяют клинико-биологические характеристики пациентов и прогноз [8]. Следует отметить, что под коморбидностью мы рассматривали одновременное наличие нескольких заболеваний, о взаимосвязи которых есть научные данные, полученные в эпидемиолого-генетических и биологических исследованиях, посвященных общим патогенетическим механизмам.

Биполярное аффективное расстройство (БАР) [9–11] и ишемическая болезнь сердца (ИБС) относятся к коморбидным заболеваниям. Так, показано, что причиной смерти до 40% пациентов с БАР являются кардиоваскулярные заболевания, причем эти больные погибают раньше, чем их ровесники без БАР [10]. По данным мета-аналитических исследований, риск смерти, связанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, может увеличиться в два раза при наличии БАР в сравнении с общей популяцией [10, 11]. М. De Hert и соавт. [12] сделали вывод, что БАР у лиц молодого возраста предрасполагает к ускоренному атеросклерозу и ранней ИБС с умеренным риском выраженности.

В метаанализе риска ССЗ у людей с тяжелыми психическими расстройствами [13] отмечено, что в краткосрочных исследованиях не выявлено повышенного риска ИБС у людей с БАР, однако обнаружено, что БАР было достоверно связано с ССЗ при длительном наблюдении.

Таким образом, эпидемиологические и клинико-биологические данные по ассоциации между БАР и ИБС определенно указывают на взаимосвязь между этими заболеваниями, но остаются недостаточно изученными и признаются не всеми учеными.

Цель: исследование частоты БАР и их клинико-динамических особенностей у пациентов с хронической ИБС с оценкой показателей 7-летней выживаемости.

Материал и методы

Проведено исследование больных с подтвержденной хронической ИБС в возрасте 35–70 лет, проживавших в Томске и Томской области: основная группа (с выявленными аффективными расстройствами, подтвержденными психиатром, $n = 262$) и группа сравнения (без аффективных или других психических расстройств, $n = 291$).

При психиатрическом консультировании больных, страдающих хронической ИБС, в кардиологическом стационаре у больных в 27% случаев выявлены аффективные расстройства [14–17], их структура представлена на рисунке 1.

Для оценки депрессивной (в том числе и атипичной) симптоматики использовали шкалу депрессии Гамильтона для сезонных аффективных расстройств [18].

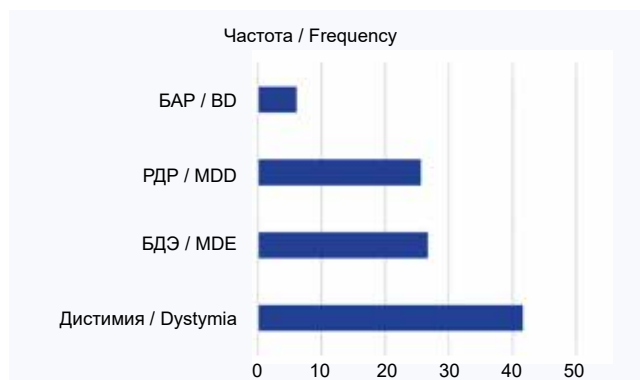


Рис. 1. Структура и частота (%) аффективных расстройств у пациентов, госпитализированных в кардиологический стационар с хронической ишемической болезнью сердца ($n = 262$)

Примечание: БАР – биполярное аффективное расстройство, РДР – рекуррентное депрессивное расстройство, БДЭ – большой депрессивный эпизод.

Fig. 1. Structure and frequency (%) of mood disorders in patients hospitalized in a cardiological hospital with chronic coronary artery disease ($n = 262$)

Note: BD – bipolar disorder, MDD – major depressive disorder, MDE – major depressive episode.

Ниже приведены некоторые клинические и анамнестические данные пациентов основной группы и группы сравнения (табл. 1).

Таблица 1. Клиническая характеристика больных ишемической болезнью сердца, включенных в исследование

Table 1. Clinical characteristics of groups

Признаки	Группа пациентов с аффективным расстройством и ИБС, $n = 262$	Группа сравнения, $n = 291$	p
Возраст, лет	57,7 (6,7)	57,5 (7)	0,04
Пол (м/ж), n (абс., %)	203 (77,5%) / 59 (21,5%)	246 (84,5%) / 45 (15,5%)	0,03
Гипертоническая болезнь, абс. (%)	262 (100%)	291 (100%)	1
Коронарный стаж, лет	5 (2–10)	4,5 (1–9)	0,5
Частота перенесенного инфаркта миокарда, абс. (%)	61,8% (162/262), 100	54,3% (158/291), 133	0,01
Давность перенесенного инфаркта миокарда, мес.	25,5 (7–82)	24 (7–72)	0,7
ФВ ЛЖ, %	62 (51–67)	63 (57–66)	0,7
САД, мм рт. ст. ($M \pm SD$)	123 [115; 130]	121 [112; 124]	0,8
ДАД, мм рт. ст., Me [25%; 75%]	78 [71; 82]	76 [74; 78]	0,7
Средний пульс в мин	66 [63; 72]	64 [62; 68]	0,4

Примечание: ИБС – ишемическая болезнь сердца, ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка, САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление.

Статистический анализ полученных данных выполняли в пакете программ STATISTICA 8.0. Поскольку исследуемые количественные показатели не имели нормаль-

ного распределения, они представлены медианой (Me) и межквартильным диапазоном (Q_1-Q_3), $Me (Q_1-Q_3)$. Пороговый уровень значимости при проверке статистических гипотез составлял $p = 0,05$. Для анализа различий количественных показателей в четырех независимых группах пациентов использовали критерий Краскела – Уоллиса и критерий Манна – Уитни для апостериорных попарных сравнений. При проведении сравнения трех и более групп применяли поправку Бонферрони для множественных сравнений. Частоты встречаемости категориальных показателей в независимых группах пациентов сравнивали с помощью χ^2 -критерия Пирсона или точного критерия Фишера.

При анализе выживаемости использовали таблицы дожития. Кривые Каплана – Мейера сравнивали с помощью лог-рангового критерия Кокса – Манталя. Период наблюдения за пациентами составлял 7 лет с момента поступления в кардиологический стационар.

Результаты

При анализе отягощенности анамнеза наличием БАР обнаружено, что в группе лиц с хронической ИБС с выявленными аффективными расстройствами 5,7% человек (15/262) указали на наличие у них родственников с БАР, а в группе без аффективных расстройств – 6 человек (2,1%). Наличие среди родственников пациентов с аффективными расстройствами лиц с БАР может говорить о предрасположенности к нему, которая клинически реализуется в динамике. А среди пациентов с выявленными БАР при опросе установлено, что у 1 семейный анамнез отягощен аффективными расстройствами, у 1 – несчастным случаем, у 4 – зависимостью вследствие употребления алкоголя, т. е. 37,5% (6/16) пациентов имели семейный анамнез, отягощенный психическими расстройствами.

Аффективные расстройства у лиц с хронической ИБС манифестировали в возрасте 48 (40–55) лет. У пациентов с выявленным БАР возраст первого аффективного эпизода был меньше (37,5 (26–48) года), чем в случае с впервые возникшим ДЭ, который характеризовался наиболее поздним возрастом начала аффективного расстройства (55 (51–58) лет), уровень статистической значимости различий $p < 0,05$. Средняя продолжительность ДЭ при разных аффективных расстройствах статистически значимо не различалась ($p > 0,05$) и составила 6 (3–12) мес.

У 51% (133/262) пациентов с аффективными расстройствами и ИБС стаж аффективного расстройства меньше стажа ИБС; таким образом, у половины пациентов аффективное расстройство развилось на фоне имеющейся ИБС. У 44,3% (116/262) стаж расстройства настроения больше стажа коронарной болезни, т. е. аффективное расстройство возникло раньше ИБС. У 4,7% (12/262) аффективное расстройство и ИБС появились одновременно. Длительность БАР составила 15 (10–22) лет, а продолжительность ИБС у больных БАР – 3 (2–14) года. Таким образом, коронарная болезнь медианно имела меньший стаж, чем БАР.

Анализируя соматическое состояние пациентов, следует отметить, что встречаемость перенесенного инфаркта миокарда среди лиц с хронической ИБС с аффективными расстройствами и без них составила 68,1 и 54,3% соответственно и статистически значимо не различалась ($p = 0,055$). Также исследовалась частота перенесенного инфаркта миокарда у пациентов с хро-

нической ИБС при разных аффективных расстройствах. Лица с БАР переносили острый инфаркт миокарда в 87,55% в сравнении с пациентами с другими аффективными расстройствами: 62,3% – при рекуррентном депрессивном расстройстве (РДР/MDD, major depressive disorder), 64,3% – при больших депрессивных эпизодах (БДЭ/MDE, major depressive episode), 56% – при дистимии ($p = 0,02$). Таким образом, 87,6% (14/16) пациентов с БАР перенесли инфаркт миокарда в отличие от лиц без расстройств настроения 54,3% (158/291) ($p = 0,01$). 12 пациентов (75%) отличались клинически значимым функциональным классом стенокардии напряжения (II–IV). У 9 пациентов (56,25%) пациентов имелись симптомы сердечной недостаточности, соответствующие II–IV функциональным классам.

Итак, из 262 пациентов с аффективными расстройствами в 16 случаях (6,1%) диагностировано БАР. 14 пациентов из 16 (87,5%) были мужского пола.

Клиническая картина депрессии не различалась при диагностированных ДЭ, РДР и БАР. Атипичные симптомы, оцененные с помощью медианного балла по шкале SIGH-SAD, при аффективных расстройствах составили 5 (4–7) баллов, а при БАР – 6 (4–8).

Симптоматика атипичной депрессии, по критериям DSM-V [16], присутствует, если указанные ниже признаки преобладают в течение большей части дней текущего или последнего большого ДЭ или хронического депрессивного расстройства.

А. Улучшение настроения в ответ на текущие или ожидаемые приятные события (реактивность настроения).

Б. Два или более симптомов из приведенных ниже:

- 1) повышение аппетита и / или веса;
- 2) повышенная потребность в сне (гиперсомния);
- 3) тяжесть в руках или ногах (свинцовый паралич);
- 4) повышенная чувствительность к межличностному отвержению (и вне эпизодов расстройства настроения, с усилением в период депрессии), которая сопровождается заметными социальными или профессиональными нарушениями.

С. В клинической картине текущего ДЭ отсутствуют симптомы меланхолической депрессии или кататонии.

Атипичная депрессия в нашем исследовании выявлена у 8 пациентов с БАР (50%). Эта частота выше, чем при других аффективных расстройствах, что совпадает с данными [17], указывающими на то, что атипичная депрессия более характерна для пациентов с БАР в сравнении с другими аффективными расстройствами. А лица с атипичной спецификацией депрессии отличались от пациентов без нее по сопутствующим психическим расстройствам и анамнезу злоупотребления психоактивными веществами [18]. Атипичная депрессия выявлена нами у 40,1% (55/137) пациентов с ДЭ и РДР, а также у 44% (48/109) лиц с дистимией.

У 12 пациентов (75%) диагностировался умеренный ДЭ, у 5 (31,25%) отмечалось смешанное или гипоманиакальное состояние. Наиболее часто выявлялся тревожно-депрессивный синдром (50%, 8/16), депрессивно-дисфорический – в 18,75% (3/16), смешанный – 18,75% (3/16), гипоманиакальный – в 12,5% (2/16).

При оценке выраженности тревожных симптомов оказалось, что в 6 из 16 случаев (37,5%) БАР выявлено коморбидное тревожное расстройство (обычно диагностировали «Другие смешанные тревожные расстройства»), в 2 случаях – отдельные тревожные симптомы.

У пациентов с аффективными расстройствами выявлялась полиморбидность с синдромом зависимости вследствие употребления алкоголя, никотина, а также с когнитивными нарушениями.

Такой фактор риска ИБС, как курение статистически значимо ($p < 0,05$) чаще выявлялся у лиц с БАР в сравнении с другими аффективными расстройствами (рис. 2). Так, продолжали курить 56,3% пациентов с БАР.

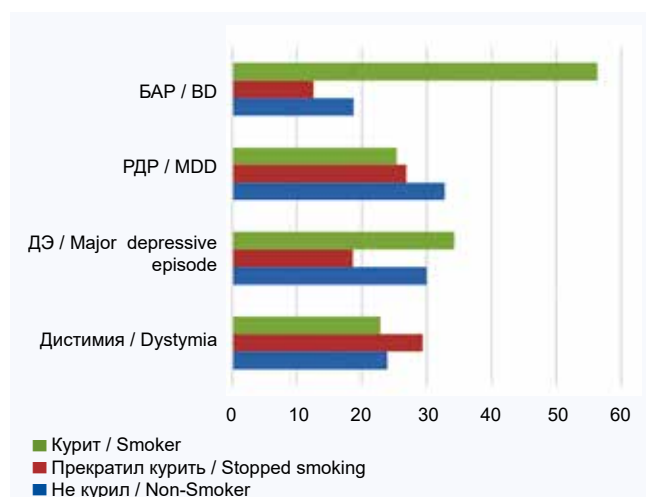


Рис. 2. Сравнительная частота курения никотина у больных хронической ишемической болезнью сердца в зависимости от аффективного расстройства
Fig. 2. Comparative frequency of nicotine smoking in patients with chronic coronary artery disease depending on mood disorder

У пациентов с БАР статистически значимо ($p = 0,02$) чаще выявлялся синдром зависимости вследствие употребления алкоголя (в настоящее время в периоде воздержания) в сравнении с другими аффективными расстройствами (табл. 2).

Таблица 2. Сравнительная частота синдрома зависимости вследствие употребления алкоголя и употребления алкоголя с вредными последствиями у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца при разных аффективных расстройствах

Table 2. Comparative frequency of dependence syndrome due to alcohol use and alcohol use with harmful consequences in patients with chronic coronary artery disease with different mood disorders

Аффективное расстройство Частота	Дистимия	Депрессивный эпизод	Рекуррентное депрессивное расстройство	Биполярное аффективное расстройство	p
Синдром зависимости (алкоголь)	22,9% (25/109)	8,6% (6/70)	28,4% (19/67)	50% (8/16)	0,02
Злоупотребление	27,5% (30/109)	25,7% (18/70)	19,4% (13/67)	18,8% (3/16)	0,06

Легкие и умеренные когнитивные нарушения статистически значимо ($p < 0,05$) чаще выявлялись у пациентов с дистимией в сравнении с другими аффективными расстройствами (рис. 3).

Нами была оценена коморбидность с другими соматическими расстройствами у пациентов с БАР. Гипертоническая болезнь присутствовала у всех больных. Один пациент перенес инсульт.

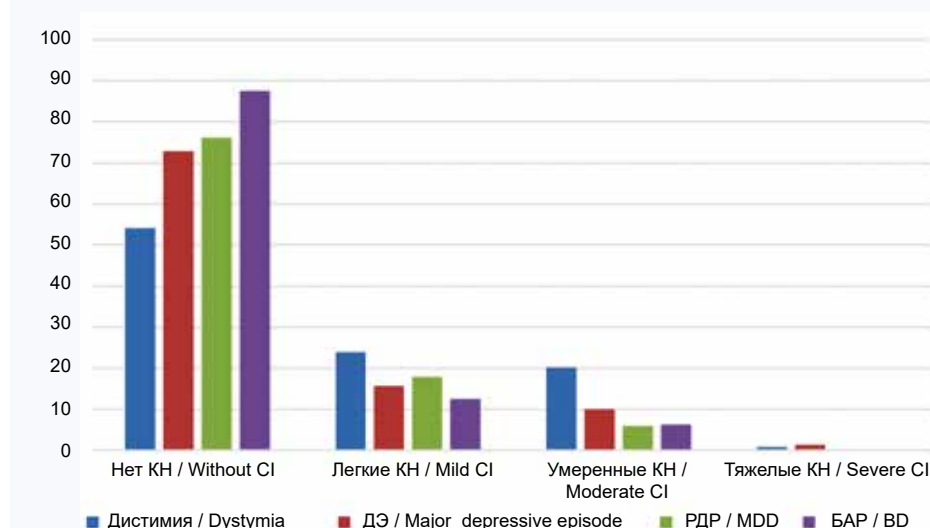


Рис. 3. Сравнительная частота когнитивных нарушений у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца при разных аффективных расстройствах
Примечание: КН – когнитивные нарушения, ДЭ – депрессивный эпизод, РДР – рекуррентное депрессивное расстройство, БАР – биполярное аффективное расстройство.
Fig. 3. Comparative frequency of cognitive impairment in patients with chronic coronary artery disease with different mood disorders
Note: CI – cognitive impairment, RDD – recurrent depressive disorder, BD – bipolar disorder.

Пациенты с различными аффективными расстройствами статистически значимо не различались по частоте острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) или транзиторной ишемической атаки (ТИА) в анамнезе.

Около четверти пациентов с аффективными расстройствами без статистической значимости различий ($p > 0,05$) имели разной степени выраженности нарушения углеводного обмена. У 3 пациентов (18,8%) с БАР и хронической ИБС диагностирован сахарный диабет (СД),

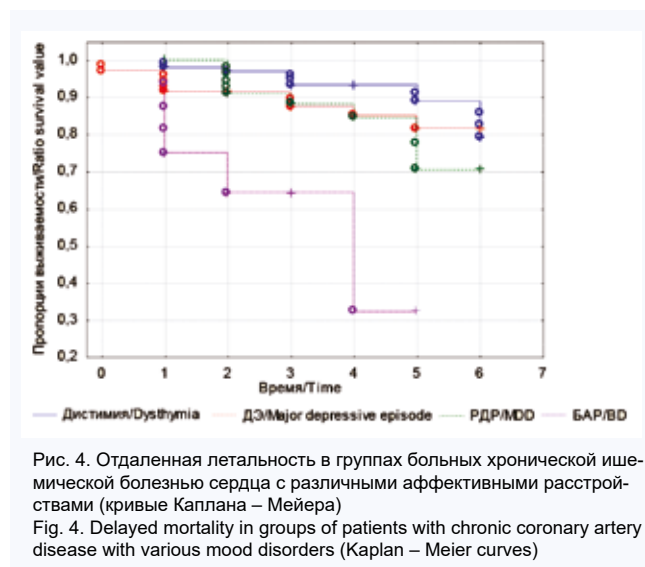
у 1 (6,5%) – нарушение толерантности к глюкозе. У 11,9% пациентов с РДР выявлен СД и столько же нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), у 12,9% лиц с ДЭ – СД и столько же НТГ. У 15,6% обнаружен СД и у 10,1% – НТГ.

Таким образом, пациенты с БАР и хронической ИБС отличались статистически значимо ($p < 0,05$) от других расстройств настроения по частоте курения (более 50% пациентов), синдрома зависимости вследствие употребления алкоголя (50%) и не различались по частоте ОНМК и СД.

На протяжении 7 лет динамического наблюдения количество случаев БАР увеличилось в 2 раза: в 6% случаях ($n = 16$) у лиц с ранее диагностированными РДР или ДЭ возник смешанный или гипоманиакальный эпизод. Это произошло аутохтонно, на фоне терапии антидепрессантами или после оперативного лечения ИБС преимущественно в основной группе, но и в группе сравнения тоже.

Также оценено влияние аффективных расстройств на отдельные исходные точки (отдаленная летальность). Так, было обнаружено, что 7-летняя выживаемость значимо ($p = 0,04$) различалась в зависимости от наличия аффективных расстройств: 86,3% в группе с аффективными расстройствами против группы пациентов без них – 91,8%.

Выживаемость различалась статистически значимо ($p = 0,0003$) в зависимости от нозологии аффективного расстройства. Отдаленная летальность была максимальной у пациентов с БАР, коморбидным хронической ИБС (рис. 4).



Обсуждение

У 6,1% (16/262) пациентов с хронической ИБС и выявленными аффективными расстройствами и у 2,9% (16/553) среди стационарных пациентов с хронической ИБС диагностировано БАР. Это значительно больше, чем частота биполярного аффективного расстройства в течение жизни в других странах: в северной и южной Америке БАР I типа встречается в 1,06%, а БАР II типа в 1,57% [19]; в африканских странах (Нигерии и Эфиопии) распространенность БАР от 0,1 до 1,83% [20].

Пациенты с БАР имели более тяжелое течение ИБС: статистически значимо чаще ($p < 0,05$) в сравнении с пациентами, страдающими другими аффективными расстройствами, переносили инфаркт миокарда (87,6%, 14/16), отличались клинически значимым (II–IV) функциональным классом стенокардии напряжения (75%, 12/16), сердечной недостаточности (II–IV) (56,25%, 9/16).

В 37,5% случаев (6/16) среди лиц с БАР семейный анамнез оказался отягощен психическими нарушениями (аффективными расстройствами, несчастными случаями, зависимостью вследствие употребления алкоголя).

У 75% пациентов (12/16) ДЭ был оценен как умеренный, у 25% (4/16) отмечалось смешанное или гипоманиакальное состояние. Пациенты с БАР не различались статистически значимо по средней продолжительности ДЭ (6 (3–12), $p > 0,05$) мес., но отличались более ранним возрастом к началу аффективного расстройства (37,5 (26–48) лет). У половины пациентов депрессия носила атипичную спецификацию. В 50% случаев выявлялся тревожно-депрессивный синдром. Клинически отличить ДЭ при биполярной и небиполярной депрессии на текущий момент не представляется возможным.

Несмотря на отсутствие четких клинических различий в симптоматике ДЭ, имеется несколько факторов, которые могут позволить заподозрить БАР у лиц с хронической ИБС: отягощенность семейного анамнеза психическими расстройствами, атипичная спецификация депрессии, более ранний возраст возникновения депрессии, высокая полиморбидность с психическими (тревожными расстройствами, синдромом зависимости вследствие употребления алкоголя, никотина) и другими соматическими заболеваниями.

Следует иметь в виду, что иногда представляется сложным для дифференциальной диагностики смешанное состояние и наличие выраженного тревожного компонента в структуре депрессивного синдрома.

Наряду с тревожными расстройствами (37,5% (6/16) пациенты с БАР и хронической ИБС отличались психиатрической полиморбидностью: в 50% случаев (8/16) выявлена алкогольная зависимость, в 56,25% (9/16) – никотиновая зависимость, в 18,8% (3/16) – когнитивные нарушения.

В течение 7 лет динамического наблюдения число случаев БАР удвоилось, что свидетельствует о реализации семейной предрасположенности к БАР с течением времени через отмеченное выше наличие среди родственников лиц с БАР. Так, в 6% случаев ($n = 16/262$) у лиц с ранее диагностированными РДР или единственным ДЭ мы обнаружили клинику смешанного или гипоманиакального эпизода, возникшего аутохтонно, на фоне антидепрессивной терапии или после оперативного лечения ИБС, преимущественно в основной группе лиц.

Больные с БАР и хронической ИБС имели более неблагоприятный прогноз в отношении выживаемости: отдаленная летальность в течение 7 лет была выше ($p = 0,0003$), чем у лиц с дистимией и составила (37,5 и 10,1% соответственно). А отдаленная летальность пациентов в течение 7 лет при БАР в сравнении с лицами без аффективных расстройств составила 37,5 против 8,2% соответственно. Полученные результаты соотносятся с данными M.D. Hert и соавт. [12].

Заключение

Среди госпитализированных пациентов с подтвержденной хронической ИБС в возрасте от 35 до 70 лет, проживавших в Томске и Томской области, с выявленными депрессивными расстройствами и без них оценена частота БАР, атипичность депрессивной симптоматики и влияние аффективных расстройств на прогноз.

Распространенность БАР среди госпитализированных пациентов с хронической ИБС оказалась в три раза выше, чем в общей популяции. Пациенты с БАР отличались по частоте перенесенного острого инфаркта миокарда (87,55% случаев, $p = 0,02$) в сравнении с пациентами с впервые выявленным ДЭ, РДР или дистимией. Три

четверти лиц с БАР и хронической ИБС имели клинически значимый функциональный класс стенокардии напряжения и более половины клинически значимый функциональный класс сердечной недостаточности.

В нашем исследовании за 7 лет наблюдения количе-

ство пациентов с БАР увеличилось в два раза в сравнении с началом исследования.

По нашим данным, пациенты с БАР отличались отдаленной летальностью, которая более чем в четыре раза превышала таковую у лиц без аффективных расстройств.

Литература / References

- Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г., Бакулина Н.В., Барбараш О.Л., Бойцов С.А. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2019;18(1):5–66. Oganov R.G., Simanenkova V.I., Bakulin I.G., Bakulina N.V., Barbarash O.L., Boytsov S.A. et al. Comorbidities in clinical practice. Algorithms for diagnostics and treatment. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2019;18(1):5–66. (In Russ). DOI: 10.15829/1728-8800-2019-1-5-66.
- Пузырев В.П., Фрейдин Б. Генетический взгляд на феномен комбинированных заболеваний человека. *Acta Naturae*. 2009;3(1):52–57. Puzyrev V.P., Freidin M.B. Genetic View on the phenomenon of combined diseases in man. *Acta Naturae*. 2009;3(1):52–57. (In Russ). DOI: 10.32607/20758251-2009-1-3-52-57.
- Незнов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Филиппов Д.С., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2020;2:3–15. Neznanov N.G., Rukavishnikov G.V., Kaysanov E.D., Philippov D.S., Kibitov A.O., Mazo G.E. Biopsychosocial model in psychiatry as an optimal paradigm for relevant biomedical research. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psichologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2020;2:3–15. (In Russ). DOI: 10.31363/2313-7053-2020-2-3-15.
- Walker E.R., Druss B.G. Mental and addictive disorders and medical comorbidities. *Curr. Psychiatr. Rep.* 2018;20(10):86. DOI: 10.1007/s11920-018-0956-1.
- Винокуров Е.В., Собенников В.С. Депрессия и кардиологические заболевания (обзор литературы). *Acta Biomedica Scientifica*. 2017;2(4):63–67. Vinokurov E., Sobennikov V.S. Depression and cardiac diseases (review of literature). *Acta Biomedica Scientifica*. 2017;2(4):63–67. (In Russ). DOI: 10.12737/article_59fad516bdb3e0.52521063.
- Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Сергиенко Т.Н., Нонка Т.Г., Репин А.Н. и др. Влияние аффективных расстройств с различным риском суицидального поведения на выживание больных, получающих консервативную терапию хронической ИБС и проживающих в Томске и Томской области. *Суицидология*. 2017;8(3):84–94. Lebedeva E.V., Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Sergienko T.N., Nonka T.G., Repin A.N. et al. Influence of affective disorders with different risk of suicidal behavior on survival of patients receiving conservative therapy of chronic coronary artery disease. *Suicidology*. 2017;8(3):84–94. (In Russ).
- Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Яковлева А.Л., Лосенков И.С., Репин А.Н. и др. Клинико-динамические и биологические аспекты полиморфизма и эффективности терапии расстройств настроения. *The Siberian Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2018;33(3):86–92. Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Lebedeva E.V., Yakovleva A.L., Losenkov I.S., Repin A.N. et al. Clinical-dynamic and biological aspects of polymorphism and efficacy of therapy of mood disorders. *Siberian Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 2018;33(3):86–92. (In Russ). DOI: 10.29001/2073-8552-2018-33-3-86-92.
- Нонка Т.Г., Лебедева Е.В., Репин А.Н. Влияние депрессивного расстройства на клиническую картину коронарной болезни и пятилет-

- ную выживаемость больных после перенесенного инфаркта миокарда. *Бюллетень сибирской медицины*. 2022;21(3):81–86. Nonka T.G., Lebedeva E.V., Repin A.N. The effect of depressive disorder on the clinical presentation of coronary artery disease and five-year survival of patients after myocardial infarction. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2022;21(3):81–86. (In Russ). DOI: 10.20538/1682-0363-2022-3-81-86.
- Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Лебедева Е.В., Бохан Н.А. Влияние несвоевременной диагностики биполярного аффективного расстройства на основные клинико-динамические характеристики заболевания, суицидальное поведение и уровень социальной адаптации пациентов. *Психиатрия*. 2022;20(2):24–31. Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Lebedeva E.V., Bokhan N.A. Late diagnostics of bipolar disorder: impact on main characteristics of disease, suicidal behaviour and social adaptation level of patients. *Psychiatry (Moscow)*. 2022;20(2):24–31. (In Russ). DOI: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-24-31.
- Miller C., Bauer M.S. Excess mortality in bipolar disorders. *Curr. Psychiatr. Rep.* 2014;16(11):499. DOI: 10.1007/s11920-014-0499-z.
- Hayes J.F., Marston L., Walters K., King M.B., Osborn D.P.J. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000–2014. *Br. J. Psychiatry*. 2017;211(3):175–181. DOI: 10.1192/bjp.bp.117.202606.
- Hert M., Detraux J., Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues Clin. Neurosci.* 2018;20(1):31–40. DOI:10.1192/bjp.bp.117.202606.
- Correll C.U., Solmi M., Veronese N., Bortolato B., Rosson S., Santonastaso P. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry*. 2017;16(2):163–180. DOI: 10.1002/wps.20420.
- Лебедева Е.В. Аффективные расстройства у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца: закономерности формирования, терапия и реабилитация: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. 2021;43. Lebedeva E.V. Mood disorders in patients with chronic coronary artery disease: patterns of formation, therapy and rehabilitation: Abstract of MD thesis. Tomsk, 2021;43.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, Text Revision (DSM-5-TR™). American Psychiatric Association; 2022:1120.
- Łojko D., Buzuk G., Owecki M., Ruchala M., Rybakowski J.K. Atypical features in depression: association with obesity and bipolar disorder. *J. Affect. Disord.* 2015;85:76–80. DOI: 10.1016/j.jad.2015.06.020.
- Łojko D., Rybakowski J.K. Atypical depression: current perspectives. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2017;13:2447–2456. DOI: 10.2147/NDT.S147317.
- Williams J.B.W., Link M.J., Rosenthal N.E., Amira L., Terman M. Structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale – Seasonal Affective Disorder version. New York; New York State Psychiatric Institute; 2002. URL: europepmc.org/publication/279233846_Structured_Interview_Guide_for_the_Hamilton_Depression_Rating_Scale_Seasonal_Affective_Disorder_Version_SIGH-SAD (10.11.2023).
- Clemente A.S., Diniz B.S., Nicolato R. Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Rev. Bras. Psychiatr.* 2015;37(2):155–161. DOI: 10.1590/1516-4446-2012-1693.
- Esan O., Esan A. Epidemiology and burden of bipolar disorder in Africa: a systematic review of data from Africa. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2016;51(1):93–100. DOI: 10.1007/s00127-015-1091-5.

Информация о вкладе авторов

Лебедева Е.В. – статистическая обработка данных, осмысление результатов, написание текста, подготовка исходного варианта рукописи.
Нонка Т.Г. – доработка текста статьи, переработка рукописи.
Васильева С.Н. – доработка текста статьи, переработка рукописи.
Симуткин Г.Г. – разработка дизайна и выбор методологии в клинической части исследования, редактирование текста рукописи.
Счастный Е.Д. – концепция и дизайн исследования, переработка рукописи, доработка текста статьи.
Репин А.Н. – концепция исследования, переработка рукописи.

Information on author contributions

Lebedeva E.V. – statistical data processing, results interpretation, manuscript writing, and preparation of the initial version of manuscript for publication.
Nonka T.G. – manuscript revision.
Vasilieva S.N. – manuscript revision.
Simutkin G.G. – study design development, selection of methodology for the clinical part of the study, and manuscript editing.
Schastnyy E.D. – study concept, study design, manuscript revision, and manuscript correction.
Repin A.N. – study concept, manuscript revision.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: authors declare absence of any conflict of interest.

Сведения об авторах

Лебедева Елена Владимировна, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, Томск, <http://orcid.org/0000-0001-6117-6454>.

E-mail: evl26021971@gmail.com.

Счастный Евгений Дмитриевич, д-р мед. наук, профессор, заведующий отделением аффективных состояний, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, Томск, <http://orcid.org/0000-0003-2148-297X>.

E-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com.

Симуткин Герман Геннадьевич, д-р мед. наук, ведущий научный сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, Томск, <http://orcid.org/0000-0002-9813-3789>.

E-mail: ggsimutkin@gmail.com.

Нонка Татьяна Геннадьевна, канд. мед. наук, научный сотрудник, отделение амбулаторной кардиологии, НИИ кардиологии Томского НИМЦ, Томск, <http://orcid.org/0000-0002-7913-3732>.

E-mail: tatianonka@gmail.com.

Васильева Светлана Николаевна, канд. мед. наук, научный сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, Томск, <http://orcid.org/0000-0002-0939-0856>.

E-mail: vasilievasn@yandex.ru.

Репин Алексей Николаевич, д-р мед. наук, профессор, заведующий отделением амбулаторной кардиологии, НИИ кардиологии Томского НИМЦ, Томск, <http://orcid.org/0000-0001-7123-0645>.

E-mail: ran@cardio-tomsk.ru.

 **Лебедева Елена Владимировна**, e-mail: evl26021971@gmail.com.

Information on the authors

Elena V. Lebedeva, Dr. Sci. (Med.), Leading Research Scientist, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk NRMC, Tomsk, <http://orcid.org/0000-0001-6117-6454>.

E-mail: evl26021971@gmail.com.

Evgeny D. Schastnyy, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk NRMC, Tomsk, <http://orcid.org/0000-0003-2148-297X>.

E-mail: evgeny.schastnyy@gmail.com.

German G. Simutkin, Dr. Sci. (Med.), Leading Research Scientist, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk NRMC, Tomsk, <http://orcid.org/0000-0002-9813-3789>.

E-mail: ggsimutkin@gmail.com.

Tatiana G. Nonka, Cand. Sci. (Med.), Research Scientist, Cardiology Outpatient Department, Cardiology Research Institute, Tomsk NRMC, Tomsk, <http://orcid.org/0000-0002-7913-3732>.

E-mail: tatianonka@gmail.com.

Svetlana N. Vasilieva, Cand. Sci. (Med.), Research Scientist, Affective States Department, Mental Health Research Institute, Tomsk NRMC, Tomsk, <http://orcid.org/0000-0002-0939-0856>.

E-mail: vasilievasn@yandex.ru.

Alexey N. Repin, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Cardiology Outpatient Department, Cardiology Research Institute, Tomsk NRMC, Tomsk, <http://orcid.org/0000-0001-7123-0645>.

E-mail: ran@cardio-tomsk.ru.

 **Elena V. Lebedeva**, e-mail: evl26021971@gmail.com.

Поступила 28.04.2023;
рецензия получена 26.10.2023;
принята к публикации 21.11.2023.

Received 28.04.2023;
review received 26.10.2023;
accepted for publication 21.11.2023.