

# Психосоциальные факторы приверженности лечению у больных с инфарктом миокарда

Е.В. Горбунова, Д.Ю. Седых, С.А. Максимов

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, Россия

## Резюме

**Цель исследования.** Изучить влияние психосоциальных факторов на формирование приверженности лечению у больных первичным и повторным инфарктом миокарда (ИМ).

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие две группы больных – первичным ( $n=61$ ) и повторным ( $n=72$ ) ИМ с подъемом сегмента ST. Оценивались реактивная и личностная тревожность, акцентуация характера, уровень информированности пациентов, сопоставимые по степени выраженности при первичном и повторном ИМ. По данным регрессионного анализа в группах сравнения выявлено, что чем выше уровень образования, тем выше (на 0,40 балла;  $p=0,0210$ ) ИППЛ. Высокие значения уровня информированности пациентов обуславливали повышение ИППЛ на 0,54 балла ( $p=0,0010$ ).

**Результаты и обсуждение.** Приверженность лечению в группах сравнения статистически значимо не различалась, соответствовала слабopоложительному комплаенсу. У пациентов с первичным ИМ реактивная тревожность выше, чем при повторном ( $p=0,0173$ ). Регистрировались такие акцентуации характера, как гипертимность, эмотивность, тревожность, дистимичность и циклотимичность, сопоставимые по степени выраженности при первичном и повторном ИМ. По данным регрессионного анализа в группах сравнения выявлено, что чем выше уровень образования, тем выше (на 0,40 балла;  $p=0,0210$ ) ИППЛ. Высокие значения уровня информированности пациентов обуславливали повышение ИППЛ на 0,54 балла ( $p=0,0010$ ).

**Заключение.** Основными факторами, способствующими повышению приверженности лечению у больных ИМ, являлись уровень образования и информированности по вопросам профилактики неблагоприятного сердечно-сосудистого прогноза.

*Ключевые слова:* психосоциальные факторы, приверженность лечению, информированность.

## Psychological and social factors of adherence to treatment in patients with myocardial infarction

E.V. Gorbunova, D.Yu. Sedykh, S.A. Maksimov

Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases, Kemerovo, Russia

**Aim.** The aim of the study was to assess the impact of psychological and social factors on adherence to treatment in patients with primary and repeated myocardial infarction (MI).

**Materials and methods.** Patients with primary ( $n=61$ ) and repeated ( $n=72$ ) ST-segment elevation MI were enrolled in the study. State and trait anxiety, accentuation of personality traits, patient awareness, and adherence to treatment, represented by adherence rate to treatment were evaluated.

**Results and discussion.** There were no statistically significant differences found in adherence to treatment between the study groups. Patients' adherence to treatment in the whole cohort was low positive. Patients with primary MI demonstrated higher state anxiety than patients with repeated MI ( $p=0.0173$ ). The following accentuation of personality traits were determined: hypertimity, emotivity, anxiety, dysthymia and cyclothymic. They were comparable in their severity in primary and repeated MI patients. The regression analysis revealed that the higher the level of education, the higher (by 0.40 scores) adherence rate to treatment ( $p=0.0210$ ). Higher patients' awareness resulted in increased adherence rate by 0.54 scores ( $p=0.0010$ ).

**Conclusion.** The main factors contributing to increased adherence rate in patients with MI were the level of education and awareness on the issues of preventing an unfavorable cardiovascular prognosis.

*Keywords:* psychological and social factors, adherence to treatment, awareness.

ИМ – инфаркт миокарда

ИППЛ – интегральный показатель приверженности лечению

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, приверженность лечению – это соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием лекарственных препаратов, диету и изменение образа жизни. Приверженность определяется целым рядом факторов, связанных с заболеванием, лечением, системой оказания медицинской помощи (включая отношение медицинского персонала к больному) и с самим пациентом [1]. При этом наиболее значимыми являются факторы, связанные с пациентом, а не с характером назначенной терапии [2]. К факторам, влияющим на приверженность со стороны пациента, относятся социально-демографические (пол, возраст, уровень образования, место проживания, наличие социальной поддержки) и психологические особенности личности пациента, среди которых особое внимание уделяется тревожности пациента, являющейся защитной реакцией организма в опасной для жизни человека ситуации. Подчеркивая своеобразие реакций поведения человека на воздействующие факторы или конкретную ситуацию, следует рассматривать

акцентуацию характера, являющуюся одной из составляющих интегральной целостности личности пациента [3].

Анализ отечественной и зарубежной медицинской литературы свидетельствует, что высокая приверженность лечению улучшает прогноз [4–6]. Однако до сих пор отсутствует четкое представление о влиянии психосоциальных факторов на формирование приверженности лечению у больных повторным инфарктом миокарда (ИМ), для которого характерны высокий риск смерти и низкая отдаленная выживаемость [7].

**Цель настоящего исследования** – изучить влияние психосоциальных факторов на формирование приверженности лечению у больных первичным и повторным ИМ.

## Материалы и методы

Исследование проводилось на амбулаторном этапе ведения больных ИМ через  $2,5 \pm 0,9$  мес после выписки из стационара. Обследованы 133 пациента с диагнозом острый

Таблица 1. Социально-демографическая характеристика пациентов в группах сравнения

Показатель		Первичный ИМ (n=60)	Повторный ИМ (n=72)	p
Средний возраст, годы		58,8±5,7	62,4±9,2	0,0094
Пол, n (%)	женский	15 (25)	24 (33)	0,2961
	мужской	45 (75)	48 (67)	
Место жительства, n (%)	г. Кемерово	36 (60,0)	49 (68,1)	0,3358
	город области	15 (25,0)	15 (20,8)	0,5695
	село области	9 (15,0)	8 (11,1)	0,5066
Образование, n (%)	начальное	6 (10,0)	4 (5,5)	0,1205
	среднее	16 (26,7)	19 (26,4)	0,9713
	специальное	25 (41,7)	38 (52,8)	0,2032
	высшее	13 (21,6)	11 (15,3)	0,3433
Социальный статус, n (%)	работающий	20 (33,3)	15 (20,8)	0,1052
	пенсионер	36 (60,0)	57 (79,2)	0,0163
	инвалид	10 (16,7)	24 (33,3)	0,0292
Локализация ИМ, n (%)	передний	40 (66,6)	45 (62,5)	0,6186
	задний	20 (33,4)	27 (37,5)	
Поражение коронарного русла, n (%)	однососудистое	5 (8,3)	10 (13,9)	0,3166
	двухсосудистое	22 (36,7)	30 (41,7)	0,5583
	множественное	33 (55,0)	32 (44,4)	0,2271
Сопутствующая патология, n (%)	мультифокальный атеросклероз	21 (35,0)	35 (48,6)	0,1151
	сахарный диабет	10 (16,6)	9 (12,5)	0,4971
	дисфункция почек	3 (5,0)	3 (4,2)	0,8190

ИМ с подъемом сегмента ST, установленным на основании рекомендаций Российского общества кардиологов. Методом случайного отбора в первую группу вошли пациенты с первичным (n=61), во вторую – с повторным ИМ (n=72), госпитализированные в ГБУЗ КО «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер им. академика Л.С. Барбараша» в 2016 г. В рамках острого коронарного синдрома проводилось чрескожное коронарное вмешательство у 41 больного (68,3%) при первичном и в 56 случаях (77,7%) при повторном ИМ (p=0,2210). Обследуемым назначалась стандартная медикаментозная терапия.

Критериями исключения явились: наличие тяжелой сопутствующей патологии с «ожидаемой» продолжительностью жизни до 1 года, ограничение в общении больных вследствие когнитивно-мнестических нарушений. Исследование соответствовало стандартам локального биоэтического комитета, разработанным и одобренным согласно действующей Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека». Все пациенты подписали информированное добровольное согласие.

Группы сравнения сопоставимы по клинко-anamnestическим и демографическим данным, не имели статистически значимых различий по уровню образования, в равном соотношении среди обследующих регистрировалась доля работающих и лиц пенсионного возраста. Однако пациенты с повторным ИМ старше по возрасту (p=0,0094), среди них на 19% (p=0,0163) больше пенсионеров и на 16,6% (p=0,029) преобладает количество инвалидов (табл. 1).

В исследовании оценивалась приверженность лечению по методике С.В. Давыдова, в которой вычислялся интегральный показатель приверженности лечению (ИППЛ) с учетом выраженности силы влияния медико-социальных факторов: финансовая готовность оплачивать лечение, медико-социальная адаптированность индивидуума, медико-социальная информированность, склонность к самолечению нетрадиционными способами, медико-социальная коммуникативность, удовлетворенность режимом назначенной терапии, медико-социальная дистанцированность, доверие к терапевтической стратегии лечащего врача, удовлетворенность результатами проводимой или ранее проводимой терапии. В зависимости от величины ИППЛ различается приверженность лечению, или комплаенс: чрезмерно отрицательный, умеренно отрицательный, слабоотрицательный, слаболожительный и чрезмерно положительный [8].

При анализе психологического статуса пациентов по шкале Спилберга–Ханина определялась реактивная и личностная тревожность [9]. Как известно, реактивная тревожность возникает в ответ на влияние социально-психологических стрессоров; в то же время личностная тревожность является устойчивой чертой, характерной для каждого индивида.

В исследовании рассматривалась «акцентуация характера», которая включает в себя усиление характерологических особенностей личности, подчеркивая своеобразие реакций поведения человека на воздействующие факторы или конкретную ситуацию. При благоприятных условиях акцентуации не дают о себе знать, однако при воздействии

Сведения об авторах:

Седых Дарья Юрьевна – аспирант; ORCID: 0000-0001-7058-2008

Максимов Сергей Алексеевич – к.м.н., в.н.с.; ORCID: 0000-0003-0545-2586

Контактная информация:

Горбунова Елена Владимировна – д.м.н., в.н.с.; тел.: +7(3842)34-17-26, +7(905)965-59-62; e-mail: e.v.gorbunova@yandex.ru, ORCID: 0000-0002-2327-2637

**Таблица 2. Приверженность лечению у больных с ИМ, М±σ**

Факторы	Первичный ИМ (n=60)	Повторный ИМ (n=72)	p
1. Готовность оплачивать лечение	0,54±0,18	0,62±0,29	0,0653
2. Медико-социальная адаптированность	0,62±0,28	0,70±0,21	0,0632
3. Медико-социальная информированность	0,25±0,08	0,63±0,09	0,0001
4. Отсутствие приверженности лечению нетрадиционными способами	0,39±0,15	0,42±0,19	0,3230
5. Медико-социальная коммуникабельность	0,25±0,12	0,28±0,10	0,1196
6. Удовлетворенность режимом назначенной терапии	0,32±0,17	0,38±0,18	0,0527
7. Отсутствие склонности к медико-социальной изоляции	0,72±0,09	1,09±0,16	0,1988
8. Доверие к терапевтической стратегии лечащего врача	0,70±0,12	0,69±0,18	0,7139
9. Удовлетворенность результатами проводимой терапии	0,96±0,11	0,68±0,12	0,0001
ИППЛ	4,89±1,52	4,87±4,35	0,9725

тех или иных факторов акцентуации характера становятся патологическими или раскрываются с положительной стороны [10].

Различают десять основных типов акцентуации характера. Гипертимные личности характеризуются повышенным настроением, оптимистичностью, стремлением к лидерству. Застравающий тип умеренно общителен, склонен к конфликтным ситуациям. Тревожный тип отличается нерешительностью, углубленным самоанализом. Представители циклотимического типа характеризуются частой сменой настроения. Демонстративный тип отличается общительностью, жадой внимания. Возбудимые личности конфликтны, импульсивны, с трудом контролируют свое поведение. При дистимическом типе акцентуации пессимистическое настроение является доминирующим. Для экзальтированной акцентуации характерны высокая контактность, эмоциональность. Редко вступают в конфликты эмотивные и педантичные типы личности [3].

Анализ информированности больных по вопросам первичной и вторичной профилактики ИМ проводился по специально разработанной анкете, включающей следующие вопросы:

1. Знаете ли Вы, что при неэффективности нитроглицерина необходимо вызвать скорую медицинскую помощь?
2. Может ли избыточный уровень холестерина способствовать развитию и прогрессированию ишемической болезни сердца?
3. Высокий уровень сахара в крови негативно влияет на сердечно-сосудистую систему?
4. Является ли лишний вес фактором риска сердечно-сосудистых событий?
5. Важно ли выполнять рекомендации врача по контролю артериального давления?
6. Какие значения артериального давления являются нормальными?
7. Гиподинамия негативно влияет на сердечно-сосудистую систему?
8. Стресс является фактором риска неблагоприятного прогноза при заболеваниях сердца?
9. Курение способствует возникновению инфаркта миокарда?
10. Согласны ли Вы с тем, что назначенная лечащим врачом терапия требует регулярного приема?

При правильном ответе ставился один балл, неправильный ответ не учитывался. Низкий уровень информированности больных определялся при сумме менее 5 баллов, средний уровень информированности располагался в

интервале от 6 до 9 баллов. Максимальное количество составляло 10 баллов.

При анализе количественных показателей рассчитывали среднее значение (М) и стандартное отклонение (σ). Качественные показатели представлены частотами в процентах. При оценке различий качественных показателей строились таблицы сопряженности с последующим применением критерия  $\chi^2$  Пирсона. Различия количественных показателей оценивались по критерию Манна–Уитни. В исследовании применялся линейный регрессионный анализ, позволяющий выявить ассоциативные связи между одними факторами при устранении влияния других. Критическим уровнем статистической значимости принималось значение  $p$ , равное 0,05.

## Результаты

Приверженность лечению в группах сравнения статистически значимо не различалась, ИППЛ соответствовал слабopоложительному комплаенсу. Пациенты с повторным ИМ характеризовались более высоким уровнем медико-социальной информированности, но они в меньшей степени были удовлетворены результатами проводимой терапии, чем при первичном ИМ. Среди обследуемых в равной степени регистрировались: готовность оплачивать лечение, медико-социальная адаптированность и коммуникабельность, удовлетворенность режимом назначенной терапии и доверие к терапевтической стратегии лечащего врача, отсутствие склонности к медико-социальной изоляции и приверженности лечению нетрадиционными способами (табл. 2).

Для пациентов с первичным ИМ уровень реактивной и личностной тревожности не различался. При повторном ИМ личностная тревожность выше, чем реактивная ( $p=0,0173$ ). Между группами больных первичным и повторным ИМ регистрировались статистически значимые различия лишь по уровню реактивной тревожности (табл. 3).

**Таблица 3. Характеристика реактивной и личностной тревожности**

Показатели	Первичный ИМ (n=60)	Повторный ИМ (n=72)	p
Тревожность реактивная, баллы	43,68±4,23	41,87±4,35	0,0173
Тревожность личностная, баллы	43,68±4,23	45,42±2,78	0,3863

Таблица 4. Акцентуация характера при ИМ, n (%)

Типы акцентуаций	Первичный ИМ (n=60)	Повторный ИМ (n=72)	p
Гипертимность	10 (17,2)	19 (26,4)	0,2130
Эмотивность	13 (22,4)	10 (13,9)	0,2055
Тревожность	8 (13,8)	14 (19,4)	0,3930
Дистимичность	13 (22,4)	19 (26,4)	0,6010
Циклотимность	10 (17,2)	6 (8,3)	0,1243

Среди обследуемых отмечался низкий уровень информированности по вопросам профилактики сердечно-сосудистых событий. Так, при первичном ИМ уровень информированности составил  $4,58 \pm 2,45$  балла, при повторном ИМ он соответствовал  $4,43 \pm 2,12$  балла ( $p=0,7067$ ). Данный факт свидетельствует о необходимости повышения информированности пациентов с ИМ, подтверждает целесообразность проведения обучающих программ, главной целью которых является повышение приверженности лечению и выполнению рекомендаций врача [11].

При анализе акцентуаций характера у больных первичным и повторным ИМ не выявлено статистически значимых различий (табл. 4). Регистрировались такие акцентуации характера, как гипертимность – у 29 (22,3%), эмотивность – у 23 (17,7%), тревожность – у 22 (16,9%), дистимичность – у 32 (24,6%) и циклотимичность – 16 (12,3%) больных. Отсутствовали акцентуации характера: педантичность, застремляемость, демонстративность и возбудимость.

По данным регрессионного анализа, независимо от характера коронарного события (первичный или повторный ИМ) выявлено, что чем выше уровень образования, тем выше – на 0,40 балла ( $p=0,021$ ) – ИППЛ. Установлено, что повышение информированности пациентов способствовало увеличению ИППЛ на 0,54 балла ( $p=0,0010$ ).

Заслуживают внимания данные, свидетельствующие о том, что чем выше у обследуемых уровень информированности по вопросам первичной и вторичной профилактики, тем выше ИППЛ – на 5,59 балла ( $p=0,0001$ ), также регистрировался более низкий уровень реактивной и личностной тревожности – на 6,72 балла ( $p=0,0001$ ) и на 3,25 балла ( $p=0,0060$ ), соответственно. Повышение информированности больных закономерно приводило к увеличению приверженности и снижению уровня тревожности.

При анализе данных регрессионного анализа, оценивающего влияние акцентуации характера на приверженность лечению, показано, что у лиц с более высоким уровнем акцентуации характера по шкале «Тревожность» регистрировалось уменьшение ИППЛ на 0,09 балла ( $p=0,030$ ), свидетельствующее о целесообразности проведения методов психологической коррекции с целью повышения приверженности лечению у больных с ИМ.

## Обсуждение

Психосоциальные факторы риска, определенные черты характера отрицательно могут влиять на заболеваемость и течение множественных сердечно-сосудистых заболеваний

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Burkhardt PV, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *J Nurs Scholarsh.* 2003;35(3):207.
- Семенова О.Н., Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Приверженность длительному лечению сердечно-сосудистых заболеваний и невыполне-

[12]. На настоящий момент нет единого мнения об уровне приверженности лечению у больных повторным ИМ [13], не оценивались особенности влияния психосоциальных факторов на формирование приверженности у данной категории больных.

В настоящем исследовании приверженность лечению у пациентов с первичным и повторным ИМ не различалась, хотя известно, что сам факт перенесенного ИМ, наличие сопутствующей патологии, более старший возраст обуславливают высокие значения приверженности лечению у больных повторным ИМ [14].

Приверженность лечению у больных повторным ИМ, по мнению Е.А. Кужелевой и соавт. [15], зависит от психоэмоциональных особенностей личности пациента. В нашем исследовании при анализе психологического статуса регистрировались статистически значимые различия лишь в показателе реактивной тревожности, который выше у больных первичным ИМ ( $p=0,0173$ ). Данный факт обусловлен эмоциональным переживанием остро возникшего состояния и недостаточной осведомленностью больных о дальнейшем прогнозе. Для пациентов с первичным и повторным ИМ характерны общие акцентуации, свидетельствующие о сходных адаптационных механизмах и единых стратегиях поведения в сложных жизненных ситуациях [3].

По данным регрессионного анализа выявлено, что у лиц с акцентуацией характера по шкале «Тревожность» регистрировался низкий уровень приверженности лечению, свидетельствующий о необходимости проведения психологических методов коррекции с целью повышения приверженности лечению у больных ИМ. Следует полагать, что комплексная реабилитация, включающая лечение основного заболевания при коррекции психологического статуса, является эффективным методом лечения сердечно-сосудистой патологии [16].

Следует отметить, что у больных как первичным, так и повторным ИМ регистрировался низкий уровень информированности по основным вопросам профилактики сердечно-сосудистых событий, что подтверждает целесообразность внедрения обучающих программ, направленных на повышение информированности и приверженности лечению.

## Заключение

По данным настоящего исследования, приверженность лечению у больных первичным и повторным ИМ статистически значимо не различалась, характеризовалась слабоположительным комплаенсом. Основными факторами, способствующими повышению приверженности лечению у больных с ИМ, являлись уровень образования и информированности по основным вопросам профилактики неблагоприятных сердечно-сосудистых событий. Для повышения приверженности лечению возможно внедрение информационно-мотивационных технологий и методов психологической коррекции в рамках проведения обучающих программ.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ние врачебных рекомендаций: мнение пациентов и врачей по результатам фокусированного интервью. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.* 2014;10(1):55-61 [Semenova ON, Naumova EA, Shvarts YuG. Adherence to long-term treatment of cardiovascular



- diseases and failure to follow medical recommendations: the opinion of patients and doctors on the results of a focused interview. *Ratsional'naya Farmakoterapiya v Kardiologii*. 2014;10(1):55-61 (In Russ.]. doi: 10.20996/1819-6446-2014-10-1-55-61
3. Алексеева Е.А., Выбойщик И.В., Паршукова Л.П. Акцентуация характера: Учебное пособие. Челябинск: Изд-во ЮУрГУ; 2002. 47 с. [Alekseeva EA, Vyboishchik IV, Parshukova LP. *Aktsentuatsiya kharaktera: Uchebnoe posobie* [Accentuation of character: A study guide]. Chelyabinsk: Izd-vo YuUrGU; 2002. 47 p. (In Russ.)].
  4. Эрлих А.Д., Грацианский Н.А. от имени участников регистра РЕКОРД-3 Российский регистр острого коронарного синдрома «РЕКОРД-3». Характеристика пациентов и лечение до выписки из стационара. *Кардиология*. 2016;56(4):16-24. [Ehrlich AD, Gratsiansky NA on behalf of the participants of the register RECORD-3 Russian registry of acute coronary syndrome "RECORD-3". Characteristics of patients and treatment before discharge from hospital. *Kardiologiya* 2016;56(4):16-24 (In Russ.]. doi: 10.18565/cardio.2016.4.16-24
  5. Семенова Ю.В., Кутишенко Н.П., Загребельный А.В., Деев А.В., Гинзбург М.Л., Марцевич С.Ю. Приверженность к посещению лечебно-профилактических учреждений, качество терапии и ближайшие исходы острого коронарного синдрома: исследование в рамках регистра ЛИС-3. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2016;12(4):430-4 [Semenova YuV, Kutishenko NP, Zagebelnyu AV, Deev AD, Ginzburg ML, Martsevich SYu. Adherence to attendance at outpatient clinic, quality of prehospital therapy, and direct outcome of acute coronary syndrome: analysis within LIS-3 registry. *Ratsional'naya Farmakoterapiya v Kardiologii*. 2016;12(4):430-4 (In Russ.)]. doi: 10.20996/1819-6446-2016-12-4-430-434
  6. Giner-Soriano M, Figuerola GS, Cortés J, Pujadas HP, Garcia-Sangenis A, Morros R. Impact of medication adherence on mortality and cardiovascular morbidity: protocol for a population-based cohort study. *JMIR Res Protoc*. 2018;7(3):e73. doi: 10.2196/resprot.8121
  7. Крючков Д.В., Артамонова Г.В. Первичный и повторный инфаркт миокарда: различия в отдаленной выживаемости пациентов. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2015;(3):47-52 [Kryuchkov DV, Artamonova GV. Primary and repeated myocardial infarction: differences in the long-term survival of patients. *Kompleksnye Problemy Serdechno-Sosudistykh Zabolevanii*. 2015;(3):47-52 (In Russ.)]. doi: 10.17802/2306-1278-2015-3
  8. Галявич А.С., Давыдов С.В. Качество жизни и приверженность к лечению больных гипертонической болезнью. *Казанский медицинский журнал*. 2001;(3):198-202 [Galyavich AS, Davydov SV. Quality of life and adherence to the treatment of patients with essential hypertension. *Kazanskii Meditsinskii Zhurnal*. 2001;(3):198-202 (In Russ.)].
  9. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Новейший справочник. М.: Эксмо; СПб: Сова, 2003. 928 с. [Malkina-Pyh IG. *Psichosomatika: Novejsij spravochnik* [Psychosomatics: The latest guide]. Moscow: Eksmo; Sanct-Petersburg: Sova, 2003. 928 p. (In Russ.)].
  10. Дорожжина О.П. Динамика личностного профиля пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в процессе амбулаторно-поликлинического этапа реабилитации. *Вестник ВГМУ*. 2004;3(2):54-60 [Dorozhkina OP. Dynamics of the personal profile of patients with cardiovascular diseases in the process of outpatient and outpatient rehabilitation. *Vestnik VGMU*. 2004;3(2):54-60 (In Russ.)].
  11. Горбунова Е.В., Горшкова Т.В., Романова М.П., Макаров С.А. Эффективность обучающей программы в повышении приверженности к лечению у пациентов с протезированными клапанами сердца. *Клиническая медицина*. 2012;90(11):16-9 [Gorbunova EV, Gorshkova TV, Romanova MP, Makarov SA. Efficacy of the education program in the improvement of treatment compliance in patients with artificial heart valves. *Klinicheskaya Meditsina*. 2012;90(11):16-9 (In Russ.)].
  12. Albus C, Ladwig KH, Herrmann-Lingen C. Psychocardiology: clinically relevant recommendations regarding selected cardiovascular diseases. *Dtsch Med Wochenschr*. 2014;139(12):596-601. doi: 10.1055/s-0033-1360102
  13. Radovanovic D, Maurer L, Bertel O, Witassek F, Urban P, Stauffer JC, Pedrazzini G, Erne P. Treatment and outcomes of patients with recurrent myocardial infarction: A prospective observational cohort study. *J Cardiol*. 2016;68(6):498-503. doi: 10.1016/j.jjcc.2015.11.013
  14. Shen L, Shah BR, Nam A, Holmes D, Alexander KP, Bhatt DL, Ho PM, Peterson ED, He B, Roe MT. Implications of prior myocardial infarction for patients presenting with an acute myocardial infarction. *Am Heart J*. 2014;167(6):840-5. doi: 10.1016/j.ahj.2014.03.009
  15. Кужелева Е.А., Борель К.Н., Гарганеева А.А. Низкая приверженность лечению после перенесенного инфаркта миокарда: причины и способы коррекции с учетом психоэмоционального состояния пациента. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2016;12(3):291-5 [Kuzheleva EA, Borel' KN, Garganeeva AA. Low adherence to treatment after myocardial infarction: causes and ways of adjustment considering psycho-emotional state of patients. *Ratsional'naya Farmakoterapiya v Kardiologii*. 2016;12(3):291-5 (In Russ.)]. doi: 10.20996/1819-6446-2016-12-3-291-295
  16. Самородская И.В., Бойцов С.А. Повторный инфаркт миокарда: оценка, риски, профилактика. *Российский кардиологический журнал*. 2017;6(146):139-45 [Samorodskaya IV, Boytsov SA. Subsequent myocardial infarction: risk assessment and prevention. *Rossiiskii Kardiologicheskii Zhurnal*. 2017;6(146):139-45 (In Russ.)]. doi:10.15829/1560-4071-2017-6-139-145

Поступила 29.01.2018