

Психосоциальные факторы и ишемическая болезнь сердца

М.И. Кубарева, А.Д. Ибатов

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Аннотация

Статья посвящена исследованию взаимосвязи психосоциальных факторов и течения ишемической болезни сердца (ИБС). Рассматриваются тревога, депрессия, социальная изоляция пациентов с ИБС. Показана необходимость выявления психосоциальных факторов у больных ИБС с целью их коррекции и улучшения прогноза больных ИБС и качества их жизни.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, депрессия, тревога, психосоциальные факторы.

Для цитирования: Кубарева М.И., Ибатов А.Д. Психосоциальные факторы и ишемическая болезнь сердца. *Терапевтический архив.* 2019; 91 (12): 70–74. DOI: 10.26442/00403660.2019.12.000086

Psychosocial factors and coronary heart disease

M.I. Kubareva, A.D. Ibatov

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Article is devoted to a research of interrelation of psychosocial factors and courses of coronary heart disease (CHD). The anxiety, a depression, social isolation of patients with CHD is considered. Need of identification of psychosocial factors at patients with CHD for the purpose of their correction and improvement of the forecast of sick CHD and quality of their life is shown.

Keywords: coronary heart disease, depression, anxiety, psychosocial factors.

For citation: Kubareva M.I., Ibatov A.D. Psychosocial factors and coronary heart disease. *Therapeutic Archive.* 2019; 91 (12): 70–74. DOI: 10.26442/00403660.2019.12.000086

АГ – артериальная гипертензия
ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМ – инфаркт миокарда

Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении, ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается основной причиной смерти и инвалидизации, что обуславливает актуальность изучения данной патологии [1].

Важное значение в этиологии ИБС имеют такие факторы риска, как курение, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия и др. [2–4]. Вместе с тем в последние годы все больше обращают внимание на психологические факторы, такие как тревога, социальная изоляция и уровень социальной поддержки, депрессия, которые оказывают влияние не только на течение коронарной болезни сердца, но и на поведенческие особенности пациентов с этой патологией, а также на качество жизни данной категории больных [5, 6].

Рост психосоциального стресса у населения сопровождается повышением уровня эмоциональной напряженности. Распространенность тревожных расстройств в популяции, по данным разных авторов, колеблется от 3 до 30%. Тревожность повышается после перенесенной психической травмы, при острых и хронических соматических заболеваниях и при нервно-психических заболеваниях. Таким образом, выраженность тревоги и уровень тревожности, отражающие степень неблагополучия личности, могут быть своеобразным маркером хронического психологического стресса [7].

Показано, что тревожные и депрессивные расстройства являются независимыми факторами риска АГ и ИБС [8].

По данным эпидемиологических исследований, практически каждый пятый пациент с ИБС страдает депрессией [9, 10].

При этом следует учитывать, что лишь 30% пациентов сообщают врачу о своих психологических проблемах, веду-

щих их к депрессии, большинство больных предъявляют жалобы на физическое недомогание (скрытые, алекситимические депрессии) [11, 12].

Помимо прямого негативного влияния депрессии на течение и прогноз ИБС, существует и обратная связь между ИБС и аффективными расстройствами депрессивного круга – развитие и прогрессирование «сосудистой» депрессии у пациентов с «активным атеросклерозом» [13].

Показана роль тревожно-депрессивного расстройства как предиктора сердечно-сосудистой катастрофы, которая более ярко проявляется у больных с аритмиями, а также у пожилых пациентов с ИБС. Так, при диагностированной депрессии у 70-летнего мужчины вероятность сердечно-сосудистой катастрофы в 2 раза выше, чем у мужчины того же возраста без депрессии [14].

Кроме того, следует отметить, что при сочетании ИБС и депрессии увеличивается экономическая нагрузка на систему здравоохранения. Поскольку депрессия у кардиологических пациентов часто не диагностируется, пациента лечат по поводу ИБС, а депрессия остается в тени. В результате пациенты продолжают беспокоить неспецифические симптомы, они чаще обращаются к врачам, чаще вызывают скорую помощь, чаще госпитализируются [15, 16].

Важно учитывать психологическую реакцию пациента на болезнь. Само осознание факта возникновения у него заболевания вызывает у пациента чувство тревожности, страха за свое здоровье, раздражительность. Это состояние усугубляется необходимостью пребывания в больнице, трудностью сосредоточения, неуверенностью в своем будущем. При этом боли в области сердца при ИБС часто сами

вызывают невротизированную симптоматику и тревожно-депрессивные синдромы [17].

При планировании психологической коррекции для больных с ИБС следует учитывать различные факторы, в том числе: гендерные особенности, возраст, сопутствующую патологию, социальное окружение, уровень тревоги, депрессии, особенности когнитивной сферы. Так, показано, что у женщин выше уровень тревоги, что требует соответствующих терапевтических подходов [18].

Продолжают оставаться актуальными исследования влияния низкой социальной поддержки на течение ИБС. Так, в метаанализе N.K. Valtorta и соавт. (2015) проведена оценка ассоциации социальной изоляции с заболеваемостью ИБС и инсультом. Проанализированы данные в 16 электронных базах, включая MEDLINE, EMBASE, CINAH Plus, PsycINFO, ASSIA, Web of Science, Cochrane Library, HMC, ETHOS, NDLTD и др., включенных в анализ лонгитудинальных исследований [19]. Показано, что распространенность одиночества или социальной изоляции варьировала от 2,8 до 77,2%. У включенных в анализ 35 925 респондентов зафиксированы 4628 случаев ИБС и 3002 инсульта. Результаты исследования фиксируют повышение риска ИБС на 29% и инсульта на 32% у социально изолированных и отмечающих глубокое чувство одиночества лиц и подтверждают, что дефицит социальных отношений ассоциирован с повышением риска развития ИБС и инсульта [19].

В другом многоцентровом исследовании R.B. Case и соавт. (1992) в скоромощных стационарах и академических больницах в США и Канаде изучали, являются ли развод или проживание в одиночестве независимыми прогностическими факторами риска последующего крупного кардиального события после инфаркта миокарда (ИМ) [20]. Пациенты в возрасте от 25 до 75 лет и без других серьезных заболеваний включены в проспективное исследование в течение 3–15 дней после острого ИМ и наблюдались в течение 1–4 лет (в среднем 2,1 года), 967 пациентов находились под наблюдением 1,1 года, и 530 пациентов наблюдались 2,2 года. Показано, что частота рецидивов кардиальных событий через 6 мес составила 15,8% в группе пациентов, не состоящих в браке, против 8,8% в группе состоящих в браке. Установлено, что проживание в одиночестве является независимым фактором риска [20].

Стратегии преодоления, которые люди используют, чтобы справиться со стрессом, адаптироваться в сложной ситуации, управлять хроническими болезнями и симптомами, определяются как копинг-стратегии и совладающее поведение. В свою очередь копинг-стратегии классифицируют на адаптивные (конструктивные стратегии сотрудничества), принятия социальной поддержки и дезадаптивные (стратегии избегания проблемы) [21].

В исследовании H. Roohafza и соавт. (2012) оценивалась связь адаптивных и дезадаптивных копинг-стратегий выживания с прогрессированием хронической стабильной стенокардии. Средний возраст 224 респондентов составил 55,0±10,4 года, из них 69,6% – мужчины; 78 пациентов госпитализированы с острым коронарным синдромом, а 146 – с хронической стабильной стенокардией и участвовали как контрольная группа. После поправки на возраст, пол и традиционные факторы риска ИБС частота рецидивов кардиальных событий оказалась в 5 раз выше в группе, живущей без социальной поддержки, по сравне-

нию с группой, живущей с использованием адаптивных копинг-стратегий. Формулируется заключение, что адаптивные «стратегии преодоления» и высокий уровень социальной поддержки могут способствовать профилактике острых коронарных событий у пациентов, страдающих хронической ИБС [22].

Другим примером положительного влияния адаптивной копинг-стратегии является исследование M. Ziarko и соавт. (2015), в котором в исследуемую группу вошли пациенты с ИБС, сахарным диабетом 1-го типа и ревматоидным артритом. Из городских районов прибыли 159 пациентов, из сельских – 176. Все пациенты заполнили анкеты удовлетворенности жизнью, тяжести депрессии, копинг-стратегий, самоэффективности, социальной поддержки и чувства согласованности [23]. Анализ результатов показал, что пациенты из сельской местности характеризовались меньшим уровнем депрессии. Предикторы удовлетворенности жизнью включали следующие группы показателей: самоэффективность, социальную поддержку и две стратегии преодоления в виде обращения к религии и самообеспечения приусадебным хозяйством. Установлено, что сельские и городские различия в использовании стратегий преодоления могут быть связаны с различиями в окружающей среде и образе жизни. Выявлено, что пациенты с ИБС, сахарным диабетом 1-го типа и ревматоидным артритом в городских районах имеют более высокий риск развития депрессии [23].

Эмоциональная поддержка и выживаемость после инфаркта миокарда у пожилых изучена в другом проспективном популяционном исследовании L.F. Verkman и соавт. (1992). В двух больницах в округе Нью-Хейвен, штат Коннектикут, США, сравнили выживаемость пожилых пациентов, госпитализированных по поводу острого ИМ, имеющих эмоциональную поддержку, с выживаемостью пациентов, не имеющих такой поддержки, контролируя при этом тяжесть заболевания, функциональное состояние и коморбидность [24]. Включенных в исследование 100 мужчин и 94 женщины в возрасте 65 лет и старше, госпитализированных по поводу острого ИМ, наблюдали в течение 6 лет. Из 194 больных 76 (39%) умерли в первые 6 мес после ИМ. При множественном логистическом регрессионном анализе установлено, что отсутствие эмоциональной поддержки достоверно ассоциировалось со смертностью через 6 мес после контроля тяжести ИМ, сопутствующей патологии, факторов риска, таких как курение и АГ, а также социодемографических факторов. Когда эмоциональная поддержка оценивалась до возникновения ИМ, она была независимо связана с риском смерти в последующие 6 мес [24].

Таким образом, некоторые психосоциальные факторы, такие как низкий социально-экономический статус, недостаточная социальная поддержка, стресс на работе и в семье, тревога и депрессия, являются независимыми факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, таких как ИБС, и ухудшают прогноз этих больных. При отсутствии этих факторов риск развития снижается, а прогноз улучшается [25].

Влияние психосоциальных факторов на течение ИБС можно разделить на два основных пути. С одной стороны, они существенно ухудшают приверженность больных

Сведения об авторах:

Ибатов Алексей Данилович – д.м.н., проф., зав. каф. сестринского дела; ORCID: 0000-0002-8388-4408

Контактная информация:

Кубарева Марина Игоревна – ассистент каф. сестринского дела; тел.: +7(915)162-11-42; e-mail: kubarevam@mail.ru; ORCID: 0000-0002-5329-6357

Таблица 1. Основные вопросы для выявления психосоциальных факторов риска при клиническом интервью [26]

Фактор	Вопросы
Низкий социально-экономический статус	– Какое образование Вы получили? – Связана ли Ваша работа с физическим трудом?
Стресс на работе и в семье	– Насколько Вы можете контролировать свою деятельность на работе? – Насколько Ваш заработок адекватен Вашим усилиям? – Есть ли у Вас серьезные проблемы в семье?
Социальная изоляция	– Вы живете один/одна? – Есть ли у Вас кто-то, с кем Вы можете делиться своими переживаниями? – Не приходилось ли Вам в течение последнего года терять кого-то близкого (родственника, друга)?
Депрессия	– Бывает ли у Вас плохое настроение, чувство подавленности и безнадежности? – Можно ли сказать, что Вы утратили интерес и радость в жизни?
Тревожность	– Бывает ли у Вас внезапное чувство страха или паники? – Часто ли бывает, что Вы не можете перестать беспокоиться?
Враждебность	– Часто ли Вы злитесь по мелочам? – Часто ли Вас раздражают привычки других людей?
Тип личности D	– Часто ли у Вас бывает чувство тревоги, раздражительности или подавленности – Вы избегаете того, чтобы делиться своими мыслями и чувствами с другими людьми?
Посттравматическое стрессовое расстройство	– Были ли у Вас в жизни травмирующие события? – Бывают ли у Вас ночные кошмары или навязчивые мысли?
Прочие психические заболевания	– Страдаете ли Вы какими-то психическими заболеваниями?

Таблица 2. Рекомендации по коррекции психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний [26]

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказанности	Ссылки
Пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями и психосоциальными факторами риска рекомендуются комплексные профилактические вмешательства, включающие обучение, физические тренировки и психологическую помощь, направленную на коррекцию психосоциальных факторов риска и улучшение адаптации к болезни	I	A	[26]
При наличии клинически значимой тревожной и/или депрессивной симптоматики необходимо рассмотреть направление пациента на психотерапию, назначение медикаментозного лечения или комбинированного лечения	IIa	A	[29, 30]
Коррекция психосоциальных факторов риска с целью профилактики ИБС должна рассматриваться в тех случаях, когда сам фактор риска представляет собой диагностированное расстройство (например, депрессию) или когда сам фактор усугубляет традиционные факторы риска	IIa	B	[31, 32]

лечению, препятствуют усилиям по улучшению образа жизни, снижают качество жизни пациентов, увеличивают риск инвалидизации и расходы системы здравоохранения [26]. С другой стороны, возможными патофизиологическими механизмами, за счет которых может реализоваться влияние психоэмоциональных факторов на течение ИБС, могут быть повышенная симпатическая активность (или сниженная парасимпатическая активность) вегетативной нервной системы, снижение вариабельности ритма сердца, активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, эндотелиальная дисфункция, повышенная свертываемость крови, стресс-индуцированная ишемия миокарда, повышенный уровень бимаркеров воспаления и др. [26].

Вместе с тем психосоциальные факторы также могут тесно ассоциироваться друг с другом. Например, у лиц с низким социально-экономическим статусом чаще отмечаются низкая социальная поддержка, враждебность и депрессивная симптоматика. По данным исследования INTERHEART [27], кластер психосоциальных факторов риска (низкая социальная поддержка, депрессия и стресс на работе и в семье) увеличивает риск развития ИМ (относительный риск 3,5 у женщин и 2,5 у мужчин).

Учитывая вышеизложенное, психосоциальные факторы у больных ИБС нуждаются в выявлении, например с помощью стандартизированных опросников или структурированной клинической беседы (табл. 1).

Скрининг тревожных и депрессивных состояний может проводиться с помощью стандартизированных опросников, валидизированных в стране применения, например Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [26].

Для коррекции психосоциальных факторов риска могут применяться как немедикаментозные методы (релаксационные методики, когнитивно-поведенческая терапия и другие психотерапевтические подходы), так и медикаментозные методы с применением анксиолитиков, антидепрессантов и других психотропных препаратов, а также комбинированное лечение (табл. 2).

Таким образом, выявление и коррекция психоэмоциональных факторов будут повышать эффективность проводимой терапии больных ИБС, а также улучшат прогноз и качество жизни данной категории больных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Patel H, Mazur W, Williams KA Sr, Kalra DK. Myocardial viability-State of the art: Is it still relevant and how to best assess it with imaging? *Trends Cardiovasc Med.* 2018 Jan;28(1):24-37. doi: 10.1016/j.tcm.2017.07.001
- Liang C, Yawei X, Qinwan W, Jingying Z, Aihong M, Yanqing C. Association of AdipoQ single-nucleotide polymorphisms and smoking interaction with the risk of coronary heart disease in Chinese Han population. *Clin Exp Hypertens.* 2017;39(8):748-53. doi: 10.1080/10641963.2017.1324479
- Порсуков Э.А. Морфологические особенности алкогольного поражения сердца. *Астраханский медицинский журнал.* 2013;4(8):195-8 [Porsukov EA. The morphological features of the alcoholic lesion of heart. *Astrahanskij Medicinskij Zhurnal.* 2013;4(8):195-8 (In Russ.)].
- Otaki Y, Gransar H, Berman DS, Cheng VY, Dey D, Lin FY, Achenbach S, Al-Mallah M, Budoff MJ, Cademartiri F, Callister TQ, Chang HJ, Chinnaiyan K, Chow BJ, Delago A, Hadamitzky M, Hausleiter J, Kaufmann P, Maffei E, Raff G, Shaw LJ, Villines TC, Dunning A, Min JK. Impact of family history of coronary artery disease in young individuals. *Am J Cardiol.* 2013 Apr 15;111(8):1081-6. doi: 10.1016/j.amjcard.2012.12.042
- Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А., Аушева А.К., Соколова О.Ю., Курсаков А.А., Поздняков Ю.М., Салбиева А.О., Лельчук И.Н., Гусарова Т.А., Гомыранова Н.В., Карпова А.В., Елисеева Н.А., Ахмедова Э.Б., Бейденикова К.К., Корнеева М.Н. Психосоциальные факторы и качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования Euroaspire IV. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2017;16(5):20-6 [Pogosova NV, Oganov RG, Boytsov SA, Aushv AK, Sokolova OY, Kursakov AA, Pozdnyakov YuM, Salbieva AO, Lelchuk IN, Gusarova TA., Nomyakova NV, Karpov AV, Eliseeva NA, Akhmedov EB, Bedanokova K K, Korneeva MN. Psychosocial factors and quality of life in patients with coronary heart disease: results from the Russian part of the international multicenter study Euroaspire IV. *Kardiovaskulyarnaya Terapiya i Profilaktika.* 2017;16(5):20-6 (In Russ.)]. doi: 10.15829/1728-8800-2017-5-20-26
- Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ, Czajkowski SM, DeBusk R, Hosking J, Jaffe A, Kaufmann PG, Mitchell P, Norman J, Powell LH, Raczynski JM, Schneiderman N. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomized Trial. *JAMA.* 2003 Jun 18;289(23):3106-16. doi: 10.1001/jama.289.23.3106
- Ибатов А.Д. Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца. *Русский медицинский журнал.* 2007;(20):1443-8 [Ibatov AD. Effect of anxiety disorders on the course of coronary heart disease. *Russkij Medicinskij Zhurnal.* 2007;(20):1443-8 (In Russ.)].
- Ибатов А.Д., Сыркин А.Л., Вейн А. М. Тревога и ишемическая болезнь сердца. *Врач.* 2003;(1):8-11 [Ibatov AD, Syrkin AL, Wayne AM. Anxiety and coronary heart disease. *Vrach.* 2003;(1):8-11 (In Russ.)].
- Акарачкова Е.С., Котова О.В., Рябоконе И.В. Депрессия и инсомния у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Медицинский совет.* 2014;(11):50-4 [Akarachkova ES, Kotova OV, Ryabokon IV. Depression and insomnia in patients with coronary heart disease. *Medicinskij Sovet.* 2014;(11):50-4 (In Russ.)].
- De Jager TAJ, Dulfer K, Radhoe S, Bergmann MJ, Daemen J, van Domburg RT, Lenzen MJ, Utens EMWJ. Predictive value of depression and anxiety for long-term mortality: differences in outcome between acute coronary syndrome and stable angina pectoris. *Int J Cardiol.* 2018 Jan 1;250:43-8. doi: 10.1016/j.ijcard.2017.10.005
- Spurgeon L, James G, Sackley C. The Hospital Anxiety and Depression Scale: a pilot study to examine its latent structure and the link between psychological state and symptom severity in transient ischaemic attack patients. *Psychol Health Med.* 2016 Jul;21(5):632-8. doi: 10.1080/13548506.2015.1074711
- Arat S, de Cock D, Moons P, Vandenberghe J, Westhovens R. Modifiable correlates of illness perceptions in adults with chronic somatic conditions: A systematic review. *Res Nurs Health.* 2018 Apr;41(2):173-84. doi: 10.1002/nur.21852
- Лебедев А.В., Васюк Ю.А. Депрессия, тревога и инфаркт миокарда: все только начинается. Часть 2. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии.* 2007;4(11):39-45 [Lebedev AV, Vasyuk YuA. Depression, anxiety and myocardial infarction: everything is just beginning. Part 2. *Racional'naya Farmakoterapiya v Kardiologii.* 2007;4(11):39-45 (In Russ.)].
- Долженко М.Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистой патологии: взгляд кардиолога. *Практическая кардиология.* 2006;1(2). Доступно по ссылке: <https://www.health-ua.org/faq/kardiologiya/496.html> (ссылка активна на 27.07.2018) [Dolzhenko MN. Depressive and anxiety disorders in cardiovascular disease: the view of the cardiologist. *Prakticheskaya kardiologiya.* 2006;1(2). Available at: <https://www.health-ua.org/faq/kardiologiya/496.html> (accessed 27.07.2018) (In Russ.)].
- Погосова Н.В., Байчоров И.Х., Юферева Ю.М., Колтунов И.Е. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современное состояние проблемы. *Кардиология.* 2010;(4):66-78 [Pogosova NV, Baichorov IH, Yufereva YuM, Koltunov IE. Quality of life of patients with cardiovascular diseases: the current state of the problem. *Kardiologiya.* 2010;(4):66-78 (In Russ.)].
- Palacios J, Khondoker M, Mann A, Tylee A, Hotopf M. Depression and anxiety symptom trajectories in coronary heart disease: Associations with measures of disability and impact on 3-year health care costs. *J Psychosom Res.* 2018 Jan;104:1-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.10.015
- Berge LI, Skogen JC, Sulo G, Iglund J, Wilhelmsen I, Vollset SE, Tell GS, Knudsen AK. Health anxiety and risk of ischaemic heart disease: a prospective cohort study linking the Hordaland Health Study (HUSK) with the Cardiovascular Diseases in Norway (CVDNOR) project. *BMJ Open.* 2016 Nov 3;6(11):e012914. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012914
- Ghannem M, Ghannem L, Lamouchi S, Justin KD, Meimoun P, Ghannem L. Cardiac rehabilitation in women. *Ann Cardiol Angeiol (Paris).* 2016 Dec;65(6):462-7. doi: 10.1016/j.ancard.2016.10.002
- Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratt B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart.* 2016 Jul 1;102(13):1009-16. doi: 10.1136/heartjnl-2015-308790
- Case RB, Moss AJ, Case N, Mc Dermott M, Eberly S. Living alone after myocardial infarction. Impact on prognosis. *JAMA.* 1992 Jan 22-29;267(4):515-9.
- Lazarus RS. A Strategy for Research on Psychological and Social Factors in Hypertension. *J Human Stress.* 1978;4(3):35-40. doi: 10.1080/0097840X.1978.9934994
- Roohafza H, Talaei M, Pourmoghaddas Z, Rajabi F, Sadeghi M. Association of social support and coping strategies with acute coronary syndrome: a case-control study. *J Cardiol.* 2012 Mar;59(2):154-9. doi: 10.1016/j.jcc.2011.12.001
- Ziarko M, Mojs E, Kaczmarek ŁD, Warchol-Biedermann K, Malak R, Lisinski P, Samborski W. Do urban and rural residents living in Poland differ in their ways of coping with chronic diseases? *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015 Nov;19(22):4227-34.
- Berkman LF, Leo-Summers L, Horwitz RI. Emotional support and survival after myocardial infarction. A prospective, population-based study of the elderly. *Ann Intern Med.* 1992 Dec 15;117(12):1003-9.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MT, Corrà U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall MS, Hobbs FDR, Løchen ML, Löllgen H, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Richter DJ, Sattar N, Smulders Y, Tiberi M, van der Worp HB, Verschuren WMM, Binno S. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J.* 2016 Aug 1;37(29):2315-81. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106
- Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. *Российский кардиологический журнал.* 2018;(6):7-122 [Cardiovascular prevention 2017. National guidelines. *Russian*

- Journal of Cardiology*. 2018;(6):7-122 (In Russ.]. doi: 10.15829/1560-4071-2018-6-7-122
27. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004 Sep 11-17;364(9438):937-52. doi: 10.1016/S0140-6736(04)17018-9
 28. Whalley B, Thompson DR, Taylor RS. Psychological interventions for coronary heart disease: cochrane systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Med*. 2014 Feb;21(1):109-21. doi: 10.1007/s12529-012-9282-x
 29. Rutledge T, Redwine LS, Linke SE, Mills PJ. 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;75:335-49. doi: 10.1097/PSY.0b013e318291d798
 30. Huffman JC, Mastromauro CA, Beach SR, Celano CM, DuBois CM, Healy BC, Suarez L, Rollman BL, Januzzi JL. Collaborative care for depression and anxiety disorders in patients with recent cardiac events: the Management of Sadness and Anxiety in Cardiology (MOSAIC) randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174:927-35. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.739
 31. Stewart JC, Perkins AJ, Callahan CM. Effect of collaborative care for depression on risk of cardiovascular events: data from the IMPACT randomized controlled trial. *Psychosom Med*. 2014;76(1):29-37. doi: 10.1097/PSY.0000000000000022
 32. Glozier N, Christensen H, Naismith S, Cockayne N, Donkin L, Neal B, Mackinnon A, Hickie I. Internet-delivered cognitive behavioural therapy for adults with mild to moderate depression and high cardiovascular disease risks: a randomized attention-controlled trial. *PLoS One*. 2013;8(3):e59139. doi: 10.1371/journal.pone.0059139

Поступила 07.09.2018