

Погосова Н. В.¹, Соколова О. Ю.¹, Юферева Ю. М.¹, Курсаков А. А.¹, Аушева А. К.¹, Арутюнов А. А.¹, Калинина А. С.¹, Карпова А. В.², Выгодин В. А.², Бойцов С. А.¹, Оганов Р. Г.² от имени исследователей 30 российских центров

¹ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, Москва, Россия

² ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ – АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА (ПО ДАННЫМ РОССИЙСКОГО МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОМЕТА)

Ключевые слова: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, депрессия, тревожность, психосоциальные факторы риска, социально-экономический статус, тип личности D.

Ссылка для цитирования: Погосова Н. В., Соколова О. Ю., Юферева Ю. М., Курсаков А. А., Аушева А. К., Арутюнов А. А., Калинина А. С., Карпова А. В., Выгодин В. А., Бойцов С. А., Оганов Р. Г. от имени исследователей 30 российских центров. Психосоциальные факторы риска у пациентов с наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями – артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (по данным российского многоцентрового исследования КОМЕТА). Кардиология. 2019;59(8):54–63.

РЕЗЮМЕ

Психосоциальные факторы риска (ФР) играют значительную роль в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Цель. Исследование КОМЕТА направлено на получение актуальной информации о психосоциальных ФР у амбулаторных пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и/или ишемической болезнью сердца (ИБС), наблюдающихся в первичном звене здравоохранения 30 городов России. Материалы и методы. В 2016–2017 гг. проведено многоцентровое одномоментное (поперечное) исследование с участием 325 врачей, которые включили 2775 пациентов в возрасте ≥ 55 лет с АГ и/или ИБС, обратившихся в государственные поликлиники. В связи с малым числом участников с изолированной ИБС ($n=73$), эти пациенты были исключены из анализа, так что данная публикация основана на сравнении между пациентами с изолированной АГ ($n=1687$) и с сочетанием АГ и ИБС (АГ+ИБС; $n=1015$). Были собраны социально-демографические, клинические характеристики пациентов, данные о традиционных и психосоциальных ФР (уровень тревоги и депрессии, уровень стресса, наличие типа личности D и др.), данные о приверженности больных к лечению. Данная публикация посвящена сравнительной распространенности психосоциальных ФР у пациентов из различных диагностических категорий. Результаты. Включенную популяцию пациентов (72% женщин, средний возраст $66,7 \pm 7,9$ года) характеризовала значительная распространенность психосоциальных ФР. Свой уровень дохода расценили как низкий или очень низкий 43,8% пациентов с АГ и 45,5% участников с АГ+ИБС, низкий уровень образования отмечался у 21,6 и 26% соответственно (различия недостоверны). Социальная изоляция встречалась нечасто, но была более характерна для пациентов с АГ+ИБС (8,3% против 5,2%; $p < 0,01$). При этом на момент исследования в браке не состояли 40,2 и 39,4% пациентов с АГ и с АГ+ИБС, соответственно, а одинокое проживание отмечалось соответственно у 26 и 24,6%. Повышенный уровень стресса отмечался у более 60% пациентов (у 67,9 и 67,7% при АГ и ИБС+АГ соответственно; различия недостоверны), психотравмирующие ситуации в течение последнего года перенесли 63,3 и 64,8%, соответственно (различия недостоверны). Тип личности D был более характерен для пациентов с АГ+ИБС (41,2% против 35,8% соответственно; $p < 0,01$). Клинически значимая тревожная симптоматика отмечалась у 24,7% пациентов с АГ и 27,4% с АГ+ИБС соответственно (различия недостоверны), а клинически значимая депрессивная симптоматика – у 13,9 и 20,9% соответственно ($p < 0,001$). Заключение. Получена актуальная информация о распространенности психосоциальных ФР развития ССЗ у амбулаторных пациентов с наиболее распространенными ССЗ в условиях первичного звена, которая остается значительной.

Pogosova N. V.¹, Sokolova O. Yu.¹, Yufereva Yu. M.¹, Kursakov A. A.¹, Ausheva A. K.¹, Arutyunov A. A.¹, Kalinina A. S.¹, Karpova A. V.², Vygodin V. A.², Boitsov S. A.¹, Oganov R. G.² on Behalf of Investigators From 30 Centers in Russia

¹ National Medical Research Center for Cardiology, Moscow, Russia

² National Medical Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS IN PATIENTS WITH MOST COMMON CARDIOVASCULAR DISEASES SUCH AS HYPERTENSION AND CORONARY ARTERY DISEASE (BASED ON RESULTS FROM THE RUSSIAN MULTICENTER COMET STUDY)

Keywords: arterial hypertension; coronary heart disease; depression; anxiety; psychosocial risk factors; socio-economic status; personality type D.

For citation: Pogosova N. V., Sokolova O. Yu., Yufereva Yu. M., Kursakov A. A., Ausheva A. K., Arutyunov A. A., Kalinina A. S., Karpova A. V., Vygodin V. A., Boitsov S. A., Oganov R. G. on Behalf of Investigators From 30 Centers in Russia. Psychosocial Risk Factors in Patients With Most Common Cardiovascular Diseases Such as Hypertension and Coronary Artery Disease (Based on Results From the Russian Multicenter COMET Study). Kardiologiia. 2019;59(8):54–63.

SUMMARY

Background: Psychosocial risk factors (RFs) play a major role in the development and progression of cardiovascular diseases (CVDs). **Aim.** The COMET study aimed to obtain current data on psychosocial RFs in outpatients with arterial hypertension (AH) and/or coronary heart disease (CHD) seen in primary care facilities in 30 cities of Russia. **Methods.** In 2016–2017, a multicenter cross-sectional study was carried out involving 325 physicians from community primary care facilities who enrolled 2,775 patients with AH and/or CHD ≥ 55 years of age. However, only 73 CHD patients (2.6%) were not hypertensive, therefore, these patients were excluded from the analyses. As a result, current paper is based on the comparison of AH patients ($n=1687$) vs. participants with both CHD and AH (AH+CHD; $n=1015$). We collected patients' socio-demographic data, clinical features, traditional and psychosocial RFs, such as anxiety and depression, stress level, type D personality, and treatment adherence. **Results.** The study population (women, 72%; mean age \pm SD, 66.7 ± 7.9 years) had a significant prevalence of psychosocial RF. 43.8% of AH patients and 45.5% of participants with AH+CHD rated their income as low or very low, a low educational level was reported in 21.6% and 26.0%, respectively (both $p=n/s$). Social isolation was uncommon, but it occurred more frequently in AH+CHD patients (8.3% vs. 5.2%, $p<0.01$). Nevertheless, 40.2% of AH patients and 39.4% of AH+CHD were not married, and 26.0% and 24.6% were living alone, respectively. Elevated stress level was prevalent in more than 60% of patients (67.9% in AH patients vs. 67.7% in AH+CHD patients, $p=n/s$), and 63.3% and 64.8% of patients, respectively, reported stressful life events in the preceding year ($p=n/s$). Type D personality was more common in AH+CHD patients (41.2% vs. 35.8%; $p<0.01$). Clinically significant anxiety symptoms were prevalent in 24.7% of AH patients and in 27.4% of AH+CHD patients ($p=n/s$), and clinically significant depressive symptoms were identified in 13.9% and 20.9%, respectively ($p<0.001$). **Conclusion.** We obtained current data on psychosocial RFs prevalence in outpatients with the most common CVDs in primary care setting. At the moment, their prevalence remains significant.

Information about the corresponding author: Pogosova Nana V. – MD, professor. E-mail: nanapogosova@gmail.com

Накоплен значительный массив информации относительно роли психосоциальных факторов риска (ФР) в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), особенно ишемической болезни сердца (ИБС). Тревога, депрессия, низкий социально-экономический статус, социальная изоляция, стресс на работе или дома, посттравматическое стрессовое расстройство, гнев и враждебность, тип личности D увеличивают риск развития ССЗ у здоровых людей и ухудшают прогноз у пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Это отражено в европейских [1] и российских национальных [2] рекомендациях по профилактике ССЗ, а также в тематическом документе Европейской ассоциации по профилактике ССЗ и реабилитации [3]. Кроме того, в последние годы растет понимание протективной роли противоположных этим ФР положительных психологических факторов. Позитивные проявления аффекта – эмоциональное благополучие, оптимизм, удовлетворенность своей жизнью и уверенность в ее осмысленности – ассоциируются со снижением общей и сердечно-сосудистой смертности, а также частоты развития осложнений [4, 5].

Несмотря на значительную доказательную базу в отношении вклада психосоциальных факторов в риск развития ССЗ [6–8], не установлена возможность снижения риска смертельных исходов при коррекции психосоциальных ФР, например, при медикаментозном лечении депрессии у пациентов с ССЗ [9]. Тем не менее в Европейских рекомендациях по профилактике ССЗ выявление психосоциальных ФР с помощью клинического интервью или стандартных опросников имеет класс рекомендаций ПА [1], поскольку с психосоциальными ФР могут быть связаны препятствия для успешного изменения образа жизни и приверженности к медикаментозной терапии как у лиц с высоким риском развития ССЗ, так и у пациентов с подтвержденными ССЗ [10, 11]. Кроме того, следует учитывать, что наличие психосоциальных ФР оказывает негативное воздействие на качество жизни, а их коррекция у пациентов с ССЗ вполне эффективна, в том числе при использовании немедикаментозных психологических вмешательств, таких как психотерапия, психологическое консультирование, управление стрессом, различные практики, направленные на повышение осознанности [12].

Наконец, имеются наблюдательные данные, свидетельствующие о росте числа сердечно-сосудистых осложнений в отсутствие лечения или при неадекватном лечении депрессии у пациентов с ССЗ [13].

С учетом всего изложенного было запланировано и проведено крупное российское многоцентровое исследование КОМЕТА, которое направлено на получение актуальной информации о психосоциальных ФР у амбулаторных пациентов с наиболее распространенными ССЗ – с артериальной гипертензией (АГ) и/или ИБС. Это третья публикация по результатам исследования КОМЕТА. В центре внимания первой статьи [14] были основные ФР развития ССЗ, в том числе отдельные сведения о тревожной и депрессивной симптоматике, во второй публикации [15] были представлены все психосоциальные ФР с их распространенностью в общей популяции исследования и различных половозрастных подгруппах. В данной статье речь пойдет об особенностях психосоциальных ФР у пациентов из различных диагностических категорий.

Цель исследования КОМЕТА направлено на получение актуальной информации о психосоциальных ФР у амбулаторных пациентов с АГ и/или ИБС, наблюдающихся в первичном звене здравоохранения 30 городов России.

Материалы и методы

Дизайн исследования КОМЕТА подробно описан в первой публикации по исследованию КОМЕТА [14].

Краткое изложение дизайна исследования

Клинико-эпидемиологическая часть исследования КОМЕТА, которая представляла собой одномоментное (поперечное) исследование, проводилась с июня 2016 г. по февраль 2017 г. в 30 городах России (Астрахань, Барнаул, Владимир, Вологда, Воронеж, Екатеринбург, Казань, Калининград, Кемерово, Краснодар, Красноярск, Курск, Липецк, Москва, Московская область, Нижний Новгород, Новоалтайск, Новосибирск, Омск, Пермь, Самара, Санкт-Петербург, Саратов, Смоленск, Томск, Тула, Тюмень, Уфа, Хабаровск, Чебоксары), представляющих 7 Федеральных округов страны. В каждом городе для участия в исследовании выбирались 2–5 типовых государственных медицинских учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в каждом из них приглашались 2–5 участковых врачей или врачей общей практики. Каждый врач включал в исследование всего 10 пациентов с верифицированной АГ и/или ИБС, которые последовательно приходили на прием в течение 1–2 рабочих дней и соответствовали критериям включения. Таким образом, в каждом городе в исследовании участвовали не менее 2 поликлиник, 10 врачей и 100 пациентов. Всего в реализации программы КОМЕТА приняли участие 325 врачей.

АГ считалась верифицированной при уровне артериального давления (АД) $\geq 140/90$ мм рт. ст. и/или приеме антигипертензивной терапии, ИБС – при перенесенном и документально подтвержденном инфаркте миокарда (ИМ) либо наличии типичных приступов стенокардии в сочетании с положительными результатами неинвазивных исследований (проба с физической нагрузкой с ЭКГ-контролем и/или стресс-эхокардиография и/или мультиспиральная компьютерная томография коронарных артерий) и/или инвазивного исследования (коронарография). Критериями исключения служили тяжелые острые состояния, хронические заболевания печени и почек в стадии декомпенсации, тяжелые психические расстройства, выходящие за рамки пограничных расстройств, наркотическая или алкогольная зависимость.

Все пациенты подписывали информированное согласие. В исследовании анализировались социально-демографические характеристики пациентов: пол, возраст, семейное положение, наличие социальной поддержки, социально-трудовой статус, уровень дохода (по данным самооценки пациентов); имеющиеся ФР (курение, особенности питания, употребление алкоголя, уровень физической активности; пережитые в течение последнего года психотравмирующие события); жалобы; приверженность к приему рекомендованной по поводу АГ и/или ИБС медикаментозной терапии и причины низкой приверженности к лечению; другие имеющиеся заболевания (информация вносилась врачом), в том числе психические нарушения (тревога, фобии, депрессия, неврозы, зависимости и др.) в анамнезе.

Оценку уровня тревожной и депрессивной симптоматики проводили с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [16]. Оценку 8–10 баллов по подшкалам тревоги и депрессии HADS-A и HADS-D считали соответствующей наличию симптомов субклинической, ≥ 11 баллов – клинически выраженной тревожной и депрессивной симптоматики. Для оценки уровня стресса использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ) с диапазоном значений от 0 до 10 баллов.

Для определения типа личности D использовали опросник DS-14, состоящий из двух подшкал, направленных на выявление негативной аффективности и социального ингибирования [17]. Наличие типа личности D диагностировали при оценке >10 баллов по обеим подшкалам опросника DS-14. Когнитивные нарушения пациентов оценивали с помощью теста рисования часов [18].

Статистический анализ результатов исследования проводили в системе SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc) с применением стандартных алгоритмов статистики. Для количественных показателей рассчитывали среднее значение, среднеквадратическое отклоне-

ние и ошибку среднего. Для качественных и порядковых показателей определяли частоту выявления показателя в процентах или частоту регистрации разных ранговых оценок показателя соответственно. Достоверность связи между показателями оценивали с помощью таблиц сопряженности с расчетом нескольких модификаций критерия χ^2 . При анализе межгрупповых различий количественных показателей использовались t-критерий Стьюдента и критерий Манна-Уитни для независимых выборок. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Для оценки ассоциаций между клинически значимой тревожной и депрессивной симптоматикой и полом, а также принадлежностью к более старшей возрастной категории рассчитывали отношения шансов и соответствующие 95% доверительные интервалы с использованием стандартных формул.

Результаты

В клиничко-эпидемиологическую часть исследования КОМЕТА были включены 2775 пациентов в возрасте от 55 до 96 лет (средний возраст $66,7 \pm 7,9$ года), из них 1997 (72%) женщин и 778 (28%) мужчин. У 1687 (60,8%) участников исследования была диагностирована АГ, у 1015 (36,6%) – АГ и ИБС, у 73 (2,6%) – только ИБС. В связи с малой численностью больных ИБС без АГ ($n=73$) и с целью более корректного формирования групп сравнения пациенты с ИБС без АГ не были включены в настоящий анализ. Таким образом, данная публикация основана на сравнении между пациентами с изолированной АГ ($n=1687$) и сочетанием АГ с ИБС (далее – АГ+ИБС; $n=1015$).

Клиничко-демографические характеристики пациентов с изолированной АГ и с АГ+ИБС представлены в табл. 1. В группе больных АГ+ИБС было почти в 2 раза больше мужчин (38,6% против 20,2%), пациенты были в целом старше и в 2 раза чаще имели инвалидность. С учетом возрастного критерия включения в исследование (55 лет и старше) закономерно, что большинство пациентов на момент включения в исследование уже не работали, при этом 1/3 пациентов обеих групп имели высшее образование. Почти все пациенты с АГ (98,7%) принимали антигипертензивную терапию, однако целевого уровня АД достиг только каждый пятый пациент (21,6%). Среди больных с АГ+ИБС 57,7% страдали приступами стенокардии напряжения, 5,6% – приступами стенокардии покоя, 32% перенесли ИМ, примерно у 25% больных в анамнезе были вмешательства по реваскуляризации миокарда (у 19,8% – чрескожные коронарные вмешательства, у 7,4% – аортокоронарное шунтирование). Группа пациентов с АГ+ИБС была тяжелее клинически: у них достоверно чаще отмечались сердечная недостаточность, нарушения ритма и проводимости, cerebro-

Таблица 1. Клиничко-демографические характеристики пациентов с АГ и АГ+ИБС

Показатель	Пациенты с АГ (n=1687)	Пациенты с АГ+ИБС (n=1015)	p
Демографические данные			
Мужской пол	20,2	38,6	<0,001
Возраст, годы, M±SD	65,8±7,5	68,4±8,3	<0,001
Возраст >60 лет	72,9	81,0	<0,001
Наличие инвалидности	25,7	54,1	<0,001
Не работают в настоящее время (на пенсии)	69,2	78,2	<0,001
Высшее образование	32,0	32,9	нд
Сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания/состояния			
Сердечная недостаточность	22,9	58,9	<0,001
Экстрасистолия	17,6	28,3	<0,001
Нарушения проводимости	6,5	13,1	<0,001
Фибрилляция предсердий	4,5	15,6	<0,001
Дисциркуляторная энцефалопатия	46,9	54,9	<0,001
Последствия перенесенного инсульта	5,5	7,8	<0,05
Другие сопутствующие заболевания/состояния			
Когнитивные нарушения (≤ 3 баллов по тесту рисования часов)	28,5	32,8	<0,05
Сахарный диабет 2-го типа	21,0	26,3	<0,01
Язвенная болезнь желудка	5,1	7,7	<0,01
Онкологические заболевания	6,6	6,2	нд
Хроническая болезнь почек	6,8	10,1	<0,01
Хроническая обструктивная болезнь легких	9,5	13,3	<0,01

Данные представлены в виде числа больных в процентах, если не указано другое. M±SD – среднее ± стандартное отклонение; АГ – артериальная гипертония; ИБС – ишемическая болезнь сердца; нд – недостоверно.

васкулярные заболевания, хроническая болезнь почек, сахарный диабет и хроническая обструктивная болезнь легких. Кроме того, у них чаще выявлялись когнитивные нарушения, обнаруженные в рамках настоящего исследования по данным теста с рисованием часов (32,8% против 28,5%; $p < 0,05$).

У пациентов обеих групп отмечалась существенная распространенность традиционных ФР, при этом между ними имелись определенные различия. Обращает внимание, что пациенты с АГ+ИБС чаще курили (12,1% против 8,3%; $p < 0,01$), имели более длительный стаж курения ($38,4 \pm 11,6$ года против $30,3 \pm 14,4$ года; $p < 0,001$) и были физически менее активны (физическая активность менее 30 мин в день у 23,4% против 18,6%; $p < 0,01$), при этом регулярными физическими тренировками в обеих группах занимался лишь каждый десятый пациент. Ожирение, по данным индекса массы тела, имели в обеих группах по 40,2% пациентов, 3/4 соответствовали критериям абдоминального ожирения (окружность талии – ОТ ≥ 80 см

у женщин и ≥ 94 см у мужчин). Тем не менее, выраженное абдоминальное ожирение (ОТ у женщин ≥ 88 см, у мужчин ≥ 102 см) чаще отмечалось у пациентов с АГ (у 58,4 и 53,4% соответственно; $p < 0,05$). В группе пациентов с изолированной АГ было несколько больше тех, у кого уровень АД на визите включения был $\geq 140/90$ мм рт. ст. (74,8% против 70,0%; $p < 0,01$), что, по-видимому, отражает разные поводы для обращения к врачу. Кроме того, в группе пациентов с АГ были несколько выше средние уровни общего холестерина ($5,4 \pm 1,0$ ммоль/л против $5,2 \pm 1,1$ ммоль/л; $p < 0,001$) и холестерина липопротеинов низкой плотности ($3,2 \pm 0,9$ ммоль/л против $2,9 \pm 0,9$ ммоль/л; $p < 0,001$). В группе пациентов с АГ было больше тех, кто регулярно или периодически употреблял алкоголь (37,9% против 33,1%; $p < 0,05$), при этом среднее количество потребляемых стандартных доз алкоголя в двух группах достоверно не различалось.

Поскольку в предыдущей публикации по исследованию КОМЕТА [15] были продемонстрированы различия психосоциальных ФР в половозрастных подгруппах, в настоящей статье приводятся раздельные данные по полу, а также по возрастным группам моложе 60 лет и старше. Как видно из табл. 2, почти 50% пациентов расценивали свой уровень дохода как низкий или очень низкий, при этом доля таких пациентов не различалась в группах сравнения и в подгруппах пациентов разного пола и возраста. Пациенты сравниваемых групп также мало отличались по уровню образования.

Таблица 2. Низкий социально-экономический статус у пациентов с АГ и АГ+ИБС

Показатель	Пациенты с АГ (n=1687)	Пациенты с АГ+ИБС (n=1015)
Низкий уровень дохода, %	43,8	45,5
Женщины	43,7	46,5
Мужчины	44,4	44
Возраст 55–60 лет	39,3	41,2
Возраст > 60 лет	45,5	46,6
Низкий уровень образования (ниже среднего специального)	22,8	25,6
Женщины	21,6	26
Мужчины	27,9	25,1
Возраст 55–60 лет	16,9	26*
Возраст >60 лет	25,1	25,6
Длительность обучения, годы (M\pmSD)	13,0 \pm 2,7	13,0 \pm 2,9
Женщины	13,0 \pm 2,7	12,9 \pm 3
Мужчины	13,0 \pm 2,8	13,3 \pm 2,9
Возраст 55–60 лет	13,4 \pm 2,4	12,9 \pm 2,3**
Возраст >60 лет	12,9 \pm 2,8	13,0 \pm 3,1

* – $p < 0,01$; ** – $p < 0,05$. Данные представлены в виде числа больных в процентах, если не указано другое. M \pm SD – среднее \pm стандартное отклонение; АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца.

Значимым психосоциальным ФР развития ССЗ признана социальная изоляция, которая определялась при отрицательном ответе на вопрос о наличии в ближайшем окружении пациента хотя бы одного человека, с которым можно поделиться своими радостями и проблемами. Пациенты обеих групп достаточно редко (менее чем в 10% случаев) указывали на наличие социальной изоляции, однако чаще это делали больные АГ+ИБС, женщины и более пожилые пациенты. Каждый четвертый пациент проживал одиноко, и чаще это были женщины с АГ+ИБС.

Согласно данным, представленным в табл. 4, повышенный уровень стресса отмечался у более 60% пациентов, высокий уровень стресса – у каждого третьего, максимально-высокий – у каждого десятого. Пациенты с АГ и АГ+ИБС практически не различались по уровню стресса (оцениваемого с помощью ВАШ). Примерно одинаковыми были как доли пациентов с перенесенными в течение последнего года психотравмирующими ситуациями, так и число таких ситуаций на одного пациента. Единственным исключением стало достоверно большее среднее число психотравмирующих ситуаций у женщин с АГ+ИБС ($1,08 \pm 1,1$ события против $1,2 \pm 1,3$ события; $p < 0,05$). Конкретные причины психотравмирующих ситуаций у пациентов с АГ+ИБС достоверно чаще были связаны с ухудшением собственного здоровья, тогда как пациенты с изолированной АГ чаще отмечали стресс на работе. При анализе гендерных и возрастных подгрупп оказалось, что ухудшение состо-

Таблица 3. Особенности социальной поддержки у пациентов с АГ и АГ+ИБС

Показатель	Пациенты с АГ (n=1687)	Пациенты с АГ+ИБС (n=1015)
Социальная изоляция	5,2	8,3*
Женщины	5,3	10,9***
Мужчины	4,7	4,1
Возраст 55–60 лет	5,5	6,2
Возраст >60 лет	5,1	8,7*
Одинокое проживание	26,0	24,6
Женщины	29,2	34,4**
Мужчины	13,3	8,9
Возраст 55–60 лет	17,8	13,23
Возраст >60 лет	29,0	27,2
Не состоят в браке (официальном или гражданском)	40,2	39,4
Женщины	46,4	54,4***
Мужчины	15,6	15,3
Возраст 55–60 лет	30,8	27,6
Возраст >60 лет	43,7	42,1

* – $p < 0,01$; ** – $p < 0,05$; *** – $p < 0,001$. Данные представлены в виде числа больных в процентах, если не указано другое. M \pm SD – среднее \pm стандартное отклонение; АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца.

Таблица 4. Стресс и психотравмирующие ситуации в течение последнего года у пациентов с АГ и АГ+ИБС

Показатель	Пациенты с АГ (n=1687)	Пациенты с АГ+ИБС (n=1015)
Уровень стресса по ВАШ, баллы (M±SD)	5,5±2,3	5,5±2,4
Повышенный уровень стресса (≥5 баллов по ВАШ)	67,9	67,7
Высокий уровень стресса (≥7 баллов по ВАШ)	33,9	36,3
Максимальный уровень стресса (≥9 баллов по ВАШ)	10,4	9,3
Наличие психотравмирующих ситуаций в течение года	63,3	64,8
Число психотравмирующих ситуаций в течение года (M±SD)	1,0±1,1	1,1±1,2
Ухудшение собственного здоровья	30,2	39,5*
Тяжелые заболевания близких	17,9	16,2
Смерть близкого родственника	17,4	14,1
Конфликты в семье	11,4	12,5
Стресс из-за финансовых трудностей	8,7	8,7
Выход на пенсию	5,4	4,7
Уход взрослых детей из дома	3,9	4,8
Стресс на работе	3,9	2,2**
Потеря работы	2,2	1,9
Развод	1,1	0,9
Проблемы с законом	0,4	0,2
Число психотравмирующих ситуаций (M±SD)	1,0±1,1	1,1±1,2
Отсутствие стрессов в течение 1 года	36,7	35,2

* – p<0,001; ** – p<0,05. Данные представлены в виде числа больных в процентах, если не указано другое. M±SD – среднее ± стандартное отклонение; АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ВАШ – визуальная аналоговая шкала.

нения своего здоровья достоверно чаще воспринималось как психотравмирующая ситуация женщинами с АГ+ИБС по сравнению с женщинами с изолированной АГ (42,2% против 30,4%; p<0,001), а также пациентами с АГ+ИБС старше 60 лет по сравнению с представителями этой же возрастной группы без коронарной патологии (32% против 41,5%; p<0,001).

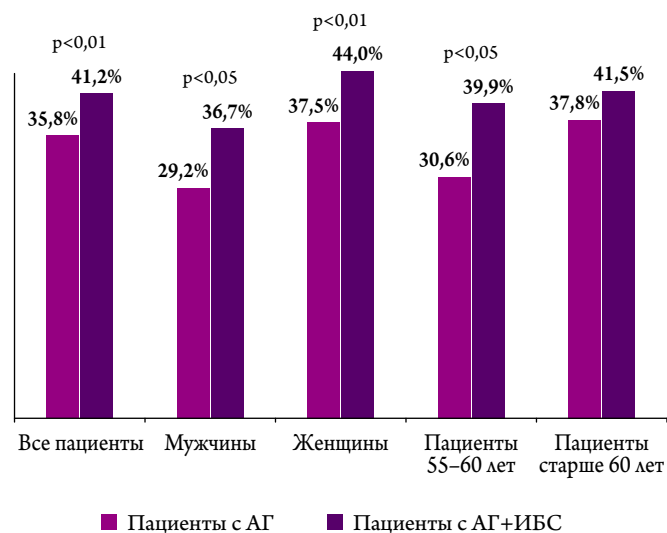
Около 40% пациентов, включенных в исследование, имели тип личности D (см. рис. 1), который был более характерен для пациентов с АГ+ИБС (41,2% против 35,8%; p<0,01), причем это касается как мужчин, так и женщин, а также пациентов в возрасте 60 лет и менее. При анализе отдельных компонентов типа личности D (табл. 5) становится очевидным, что выявленные различия обусловлены главным образом социальным ингибированием, которое существенно чаще отмечалось у пациентов с АГ+ИБС (54,2% против 48,8%; p<0,01), в особенности у женщин и пациентов старше 60 лет. Что касается второго компонента типа личности D,

Таблица 5. Оценки по отдельным подшкалам опросника DS-14 в различных подгруппах пациентов с АГ и АГ+ИБС

Подшкала	Пациенты с АГ (n=1687)	Пациенты с АГ+ИБС (n=1015)
Отрицательная аффективность		
Все пациенты	54,6	58,0
Женщины	57,9	64,6*
Мужчины	41,3	47,7
Возраст 55–60 лет	46,7	52,7
Возраст >60 лет	57,6	59,3
Социальное ингибирование		
Все пациенты	48,8	54,2*
Женщины	49,4	55,3**
Мужчины	46,2	52,3
Возраст 55–60 лет	45,8	52,7
Возраст >60 лет	49,9	54,5**

* – p<0,01; ** – p<0,05. Данные представлены в виде числа больных в процентах. АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца.

Рисунок 1. Тип личности D у больных АГ и АГ+ИБС



АГ – артериальная гипертензия;
ИБС – ишемическая болезнь сердца.

то более часто отрицательная аффективность наблюдалась только у женщин с АГ+ИБС.

Распространенность тревожной и депрессивной симптоматики у участников исследования КОМЕТА, оцениваемой с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, представлена в табл. 6. Как видно, тревожная симптоматика имела почти у каждого второго пациента, а клинически выраженная тревога – у 24,7% пациентов с АГ и 27,4% пациентов с АГ+ИБС.

Важно отметить, что пациенты с АГ и АГ+ИБС не отличались по наличию и степени выраженности тревожной симптоматики: не обнаружено различий по средней оценке по подшкале тревоги HADS-A и доле лиц с тревожной симптоматикой любой степени выраженности.

Таблица 6. Тревожная и депрессивная симптоматика у пациентов с АГ и АГ+ИБС по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии

Показатель	Пациенты с АГ (n=1687)	Пациенты с АГ+ИБС (n=1015)
	Тревожная симптоматика	
Оценка по HADS-A, баллы (M±SD)	7,4±4,2	7,7±4,3
Наличие любой тревожной симптоматики (≥8 баллов по HADS-A)	47,4	47,3
Наличие клинически выраженной тревожной симптоматики (≥11 баллов по HADS-A)	24,7	27,4
Депрессивная симптоматика		
Оценка по HADS-D, баллы (M±SD)	6,7±3,6	7,4±3,9*
Наличие любой депрессивной симптоматики (≥8 баллов по HADS-D)	40,2	46,7*
Наличие клинически выраженной депрессивной симптоматики (≥11 баллов по HADS-D)	13,9	20,9*
Смешанная тревожно-депрессивная симптоматика		
Одновременное наличие любой тревожной и любой депрессивной симптоматики (≥8 баллов по HADS-A и HADS-D)	28,4	31,6
Одновременное наличие клинически выраженной тревожной и клинически выраженной депрессивной симптоматики (≥11 баллов по HADS-A и HADS-D)	6,9	10,8*

* – p<0,001. Данные представлены в виде числа больных в процентах, если не указано другое. M±SD – среднее ± стандартное отклонение; АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца.

В отношении депрессивной симптоматики ситуация противоположная. У пациентов с АГ+ИБС существенно выше средняя оценка по подшкале депрессии HADS-D (7,4±3,9 балла против 6,7±3,6 балла; p<0,001), чаще обнаруживалась депрессивная симптоматика любой степени выраженности и в 1,5 раза чаще – клинически выражен-

ная депрессивная симптоматика (20,9% против 13,9%; p<0,001). Депрессивная симптоматика любой степени выраженности отмечалась у 40,2% больных АГ и 46,7% больных АГ+ИБС, клинически значимая депрессивная симптоматика – у 13,9 и 20,9% соответственно.

У пациентов с АГ+ИБС чаще выявлялась и смешанная тревожно-депрессивная симптоматика, очевидно, за счет преобладания депрессивного компонента.

В табл. 7 представлены значения отношения шансов и их 95% доверительные интервалы для ассоциаций между полом, возрастом и наличием клинически выраженной тревожной и депрессивной симптоматики в рассматриваемых подгруппах пациентов. Из представленных данных видно, что вероятность наличия клинически значимой тревожной симптоматики была достоверно ассоциирована с полом: у женщин она была более чем в 2 раза выше, причем в обеих подгруппах. В то же время женский пол увеличивал шансы на наличие клинически значимой депрессивной симптоматики в меньшей степени и только в группе пациентов с сочетанием АГ и ИБС. Принадлежность пациентов к старшей возрастной группе (>60 лет) не имела достоверной связи с наличием тревожности ни в общей группе участников, ни в одной из подгрупп. При этом более старший возраст пациентов ассоциировался с более высокой вероятностью депрессии как при изолированной АГ (в 1,5 раза выше по сравнению с более молодой подгруппой), так и при наличии ИБС (на 80% выше по сравнению с участниками моложе 60 лет).

Обсуждение

Исследование КОМЕТА позволило оценить текущую ситуацию по основным психосоциальным ФР у пациентов с двумя наиболее распространенными ССЗ – АГ и ИБС – в условиях первичного звена здравоохранения 30 городов Российской Федерации. Согласно полученным данным, почти каждый четвертый пациент имел

Таблица 7. Отношения шансов для ассоциаций между клинически значимой тревожной и депрессивной симптоматикой и женским полом, а также принадлежностью к более старшей возрастной категории

Показатель	Клинически значимая тревожная симптоматика (≥11 баллов по HADS-A)			Клинически значимая депрессивная симптоматика (≥11 баллов по HADS-D)		
	ОШ	95% ДИ	p	ОШ	95% ДИ	p
Женский пол						
Все пациенты	2,2	От 1,8 до 2,7	<0,001	1,3	От 1,03 до 1,7	<0,05
Пациенты с АГ	2,4	От 1,8 до 3,4	<0,001	1,2	От 0,8 до 1,7	0,42
Пациенты с АГ+ИБС	2,2	От 1,6 до 3,0	<0,001	1,9	От 1,3 до 2,6	<0,001
Возраст >60 лет						
Все пациенты	1,2	От 0,99 до 1,5	0,06	1,7	От 1,3 до 2,2	<0,001
Пациенты с АГ	1,2	От 0,9 до 1,6	0,14	1,5	От 1,1 до 2,1	<0,05
Пациенты с АГ+ИБС	1,2	От 0,8 до 1,7	0,3	1,8	От 1,2 до 2,9	<0,01

ОШ – отношение шансов; ДИ – доверительный интервал. M±SD – среднее ± стандартное отклонение; АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца.

низкий уровень образования, и более 40% пациентов по собственным субъективным оценкам указали на наличие низкого уровня дохода. Несмотря на то что около 40% пациентов не состояли в браке, официальном или гражданском, и каждый четвертый пациент проживал одиноко, менее 10% пациентов отметили, что живут в условиях социальной изоляции (чаще пациенты с АГ+ИБС, особенно женщины и более пожилые пациенты). Повышенный уровень стресса отмечался у более 60% пациентов, высокий уровень стресса – у каждого третьего, максимально высокий – у каждого десятого. Пациенты с АГ и АГ+ИБС практически не различались по уровню стресса. Примерно одинаковыми были и доли пациентов с перенесенными в течение последнего года психотравмирующими ситуациями. Тревожная симптоматика имела почти у каждого второго пациента, включенного в исследование КОМЕТА, а клинически выраженная тревога – у 24,7% пациентов с АГ и 27,4% с АГ+ИБС. Депрессивная симптоматика любой степени выраженности отмечалась у 40,2% больных АГ и 46,7% больных АГ+ИБС, клинически значимая депрессивная симптоматика – у 13,9 и 20,9% соответственно. Как уже упоминалось, исследование КОМЕТА – это первый российский крупный проект, в котором проводилась оценка распространенности у пациентов с ССЗ типа личности D. Полученные данные вполне соответствуют общемировому опыту, который свидетельствует, что доля таких пациентов может составлять в разных популяциях пациентов с ССЗ 30–40% [19]. Так, в итальянском исследовании с участием пациентов с АГ, которые, как и в исследовании КОМЕТА, наблюдались в условиях первичного звена здравоохранения [20], распространенность типа личности D составила 30,7%.

Как уже отмечалось в более ранних публикациях по исследованию КОМЕТА [14, 15], в целом распространенность психосоциальных ФР у пациентов с ССЗ претерпела за последнее десятилетие позитивную динамику. В опубликованном почти 10 лет назад многоцентровом исследовании РЕЛИФ [21], в котором также участвовали амбулаторные пациенты с АГ и сочетанием АГ и ИБС, распространенность низкого образовательного уровня у пациентов с изолированной АГ была сопоставима с наблюдаемой в настоящее время (24,2%), но в группе пациентов с АГ+ИБС она была заметно выше – 33,5%. Низкий, по субъективным оценкам участников, уровень дохода у пациентов с АГ отмечался практически с такой же частотой – 42,3%, но среди пациентов с АГ+ИБС этот показатель был выше (55,3%). Уровень стресса по 10-балльной ВАШ в популяции исследования РЕЛИФ был выше, чем в настоящем исследовании (6,06±1,96 и 5,94±2,03 балла у больных АГ и АГ+ИБС соответственно). В исследовании РЕЛИФ также было

больше пациентов, имевших клинически значимый уровень тревожной (27,2 и 33,1% соответственно) и депрессивной симптоматики (17,9 и 27,9% соответственно).

При сравнении с несколько более ранним исследованием КООРДИНАТА [22], проведенным по дизайну, схожему с дизайном КОМЕТА, ситуация с психосоциальными ФР представляется еще более благоприятной. Оценка по ВАШ в популяции исследования КООРДИНАТА была выше даже по сравнению с исследованием РЕЛИФ и тем более по сравнению с исследованием КОМЕТА: 7,2±0,2 балла у пациентов с АГ и 7,4±0,2 балла – с АГ+ИБС. Доля участников хотя бы с одной психотравмирующей ситуацией в течение года перед включением в исследование была заметно выше, чем в исследовании КОМЕТА – 81,7 и 79,7% у пациентов с АГ и АГ+ИБС соответственно. В исследовании КООРДИНАТА средние оценки по подшкалам тревоги и депрессии были заметно выше: у больных АГ 8,9±0,1 и 8,5±0,1 балла соответственно, у больных АГ+ИБС – 9,2±0,1 балла по обеим подшкалам. Тревожная и депрессивная симптоматика отмечались существенно чаще. По данным исследования КООРДИНАТА, симптомы тревоги разной степени выраженности были выявлены у 63% больных АГ (у 33,1% они были клинически выраженными) и 64,8% больных АГ+ИБС (у 36,8% – клинически выраженные). Симптомы депрессии имелись у 59,1% больных АГ (у 29,9% – клинически выраженные) и 63,7% больных АГ+ИБС (у 38,2% – клинически выраженные).

Несмотря на отчетливую положительную динамику, результаты исследования КОМЕТА свидетельствуют, что у значительного числа пациентов с АГ и особенно с АГ+ИБС отмечается тревожная и депрессивная симптоматика. Эти данные согласуются с результатами многих международных исследований. В частности, в исследованиях последних лет показана значительная распространенность тревожных состояний у больных ССЗ. По некоторым оценкам, частота панических расстройств у больных ИБС может достигать до 22% [23]. При этом тревожная симптоматика (всего возможного спектра) ассоциирована с существенно большим риском развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти у пациентов с ССЗ [1, 2, 22, 24, 25]. Установлено, что распространенность депрессивной симптоматики, в том числе мягкой, среди больных ИБС значительно выше, чем в общей популяции (по данным некоторых исследований, в 4 раза) [26]. Показано, что около 1/3 пациентов с ИБС имеют депрессивную симптоматику, а более чем у 1/3 пациентов развивается клиническая депрессия, в большей мере это характерно для больных, перенесших ИМ, другие осложнения и операцию аортокоронарного шунтирования [27, 28]. Наши данные согласуются с результатами

зарубежных работ относительно большей подверженности тревожным и депрессивным состояниям пациентов с ССЗ женского пола, при этом, однако, следует иметь в виду, что наличие депрессивной симптоматики оказывает на прогноз ИБС более неблагоприятный эффект именно у мужчин [29]. В крупных мета-анализах, а также российском исследовании КООРДИНАТА показано повышение риска развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений в 1,5–6 раз у пациентов с ИБС с тревожной и депрессивной симптоматикой по данным отдаленного наблюдения [22, 30, 31]. Именно отрицательное влияние тревоги, депрессии и других психосоциальных ФР на прогноз ССЗ диктует необходимость более пристального внимания клиницистов как к своевременному выявлению этих факторов, так и к оказанию адекватной помощи пациентам с использованием немедикаментозных и медикаментозных методов.

Заключение

В исследовании КОМЕТА получена актуальная информация о распространенности психосоциальных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний – низкого социально-экономического и образовательного уровня, социальной изоляции, депрессивной и тревожной симптоматики, стресса и типа личности D

у амбулаторных пациентов с наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями – артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в условиях первичного звена здравоохранения Российской Федерации. Эти данные могут использоваться при планировании скрининга и оказания помощи этим категориям пациентов. Несмотря на отчетливую позитивную динамику по сравнению с более ранними исследованиями, распространенность психосоциальных факторов риска у больных указанных категорий остается значительной и может ограничивать эффективность мероприятий по первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в целевых группах. Показано, что при примерно одинаковом уровне дохода и образования и количестве психотравмирующих ситуаций в течение последнего года, у пациентов с ишемической болезнью сердца наблюдается менее благоприятная ситуация в отношении многих других психосоциальных факторов риска – социальной изоляции, типа личности D и депрессивной симптоматики по сравнению с пациентами с изолированной артериальной гипертензией. Уровни стресса по визуальной аналоговой шкале и доли пациентов с тревожной симптоматикой при изолированной артериальной гипертензии и артериальной гипертензии в сочетании ишемической болезнью сердца были сопоставимы.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL et al. 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). *European Heart Journal*. 2016;37(29):2315–81. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw106
- Boytsov S.A., Pogosova N.V., Bubnova M.G., Drapkina O.M., Gavrilova N.E., Yeganyan R.A. et al. Cardiovascular prevention 2017. National guidelines. *Russian Journal of Cardiology*. 2018;23(6):7–122. [Russian: Бойцов С.А., Погосова Н.В., Бубнова М.Г., Драпкина О.М., Гаврилова Н.Е., Еганян Р.А. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. *Российский кардиологический журнал*. 2018;23(6):7–122]. DOI: 10.15829/1560-4071-2018-6-7-122
- Pogosova N, Saner H, Pedersen SS, Cupples ME, McGee H, Höfer S et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2015;22(10):1290–306. DOI: 10.1177/2047487314543075
- Chida Y, Steptoe A. Positive Psychological Well-Being and Mortality: A Quantitative Review of Prospective Observational Studies. *Psychosomatic Medicine*. 2008;70(7):741–56. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31818105ba
- Cohen R, Bavishi C, Rozanski A. Purpose in Life and Its Relationship to All-Cause Mortality and Cardiovascular Events: A Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*. 2016;78(2):122–33. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000274
- Silverman AL, Herzog AA, Silverman DI. Hearts and Minds: Stress, Anxiety, and Depression. *Unsung Risk Factors for Cardiovascular Disease*. *Cardiology in Review*. 2018;1. [Epub ahead of print]. DOI: 10.1097/CRD.0000000000000228
- Gan Y, Gong Y, Tong X, Sun H, Cong Y, Dong X et al. Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):371. DOI: 10.1186/s12888-014-0371-z
- Tully PJ, Cosh SM, Baumeister H. The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*. 2014;77(6):439–48. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2014.10.001
- Angermann CE, Gelbrich G, Störk S, Gunold H, Edelmann F, Wachter R et al. Effect of Escitalopram on All-Cause Mortality and Hospitalization in Patients With Heart Failure and Depression: The MOOD-HF Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016;315(24):2683–93. DOI: 10.1001/jama.2016.7635
- Pogosova N, Kotseva K, De Bacquer D, von Känel R, De Smedt D, Bruthans J et al. Psychosocial risk factors in relation to other cardiovascular risk factors in coronary heart disease: Results from the EUROASPIRE IV survey. A registry from the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2017;24(13):1371–80. DOI: 10.1177/204748731711334
- Dennison RA, Feldman AL, Usher-Smith JA, Griffin SJ. The association between psychosocial factors and change in lifestyle behaviour following lifestyle advice and information about cardiovascular disease risk. *BMC Public Health*. 2018;18(1):731. DOI: 10.1186/s12889-018-5655-7
- Klainin-Yobas P, Ng SH, Stephen PDM, Lau Y. Efficacy of psychosocial interventions on psychological outcomes among people with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis.

- sis. Patient Education and Counseling. 2016;99(4):512–21. DOI: 10.1016/j.pec.2015.10.020
13. Bangalore S, Shah R, Pappadopulos E, Deshpande CG, Shelbaya A, Prieto R et al. Cardiovascular hazards of insufficient treatment of depression among patients with known cardiovascular disease: a propensity score adjusted analysis. *European Heart Journal - Quality of Care and Clinical Outcomes*. 2018;4(4):258–66. DOI: 10.1093/ehjqcco/qcy023
 14. Pogosova N.V., Boytsov S.A., Oganov R.G., Yufereva Yu.M., Kostyuk G.P., Kursakov A.A. et al. Clinical-Epidemiological Program of Studying Psychosocial Risk Factors in Cardiological Practice in Patients With Arterial Hypertension and Ischemic Heart Disease: First Results of a Multicenter Study in Russia. *Kardiologiia*. 2018;58(9):47–58. [Russian: Погосова Н.В., Бойцов С.А., Оганов Р.Г., Юферева Ю.М., Костюк Г.П., Курсаков А.А. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения психосоциальных факторов риска в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КОМЕТА): первые результаты российского многоцентрового исследования. *Кардиология*. 2018;58(9):47–58]. DOI: 10.18087/cardio.2018.9.10171
 15. Pogosova N.V., Boytsov S.A., Oganov R.G., Kostyuk G.P., Sokolova O.Yu., Yufereva Yu.M. et al. Psychosocial Risk Factors in Ambulatory Patients With Arterial Hypertension and Ischemic Heart Disease of 30 Cities in Russia: Data from the КОМЕТА (Comet) Study. *Kardiologiia*. 2018;58(11):5–16. [Russian: Погосова Н.В., Бойцов С.А., Оганов Р.Г., Костюк Г.П., Соколова О.Ю., Юферева Ю.М. и др. Психосоциальные факторы риска у амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в 30 городах России: по данным исследования КОМЕТА. *Кардиология*. 2018;58(11):5–16]. DOI: 10.18087/cardio.2018.11.10193
 16. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361–70. PMID: 6880820
 17. Denollet J. DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality: *Psychosomatic Medicine*. 2005;67(1):89–97. DOI: 10.1097/01.psy.0000149256.81953.49
 18. Shulman KI, Pushkar Gold D, Cohen CA, Zuccherro CA. Clock-drawing and dementia in the community: A longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1993;8(6):487–96. DOI: 10.1002/gps.930080606
 19. Sogaro E, Schininà F, Burgisser C, Orso F, Pallante R, Aloï T et al. Type D personality impairs Quality of Life, coping and short-term psychological outcome in patients attending an outpatient intensive program of cardiac rehabilitation. *Monaldi Archives for Chest Disease*. 2015;74(4):181–91. DOI: 10.4081/monaldi.2010.259
 20. Oliva F, Versino E, Gammino L, Colombi N, Ostacoli L, Carletto S et al. Type D Personality and Essential Hypertension in Primary Care: A Cross-Sectional Observational Study Within a Cohort of Patients Visiting General Practitioners. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2016;204(1):43–8. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000421
 21. Pogosova N.V., Koltunov I.E., Sokolova O.Yu. Secondary prevention of arterial hypertension and coronary heart disease in real clinical practice of the Russian Federation. -M.: Vikas-print; 2009. - 151p. [Russian: Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Соколова О.Ю. Вторичная профилактика артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца в реальной клинической практике Российской Федерации. - М.: Викас-принт, 2009. – 151с]
 22. Chazov E.I., Oganov R.G., Pogosova N.V., Shal'nova S.A., Romasenko L.V., Deev A.D. Clinico-Epidemiological Program of the Study of Depression in Cardiological Practice in Patients With Arterial Hypertension and Ischemic Heart Disease (COORDINATA): results of multicenter prospective. *Kardiologiia*. 2007;47(3):28–37. [Russian: Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Ромасенко Л.В., Деев А.Д. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. *Кардиология*. 2007;47(3):28–37]
 23. Celano CM, Millstein RA, Bedoya CA, Healy BC, Roest AM, Huffman JC. Association between anxiety and mortality in patients with coronary artery disease: A meta-analysis. *American Heart Journal*. 2015;170(6):1105–15. DOI: 10.1016/j.ahj.2015.09.013
 24. Player MS, Peterson LE. Anxiety Disorders, Hypertension, and Cardiovascular Risk: A Review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2011;41(4):365–77. DOI: 10.2190/PM.41.4.f
 25. Caldirola D, Schruers KR, Nardi AE, De Berardis D, Fornaro M, Perna G. Is there cardiac risk in panic disorder? An updated systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2016;194:38–49. DOI: 10.1016/j.jad.2016.01.003
 26. Whooley MA, Wong JM. Depression and Cardiovascular Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2013;9(1):327–54. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185526
 27. Seligman F, Nemeroff CB. The interface of depression and cardiovascular disease: therapeutic implications: Depression and cardiovascular disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2015;1345(1):25–35. DOI: 10.1111/nyas.12738
 28. Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *American Journal of Hypertension*. 2015;28(11):1295–302. DOI: 10.1093/ajh/hpv047
 29. Doyle F, McGee H, Conroy R, Conradi HJ, Meijer A, Steeds R et al. Systematic Review and Individual Patient Data Meta-Analysis of Sex Differences in Depression and Prognosis in Persons With Myocardial Infarction: A MINDMAPS Study. *Psychosomatic Medicine*. 2015;77(4):419–28. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000174
 30. Nasiłowska-Barud A, Zapolski T, Barud M, Wysokiński A. Overt and Covert Anxiety as a Toxic Factor in Ischemic Heart Disease in Women: The Link Between Psychological Factors and Heart Disease. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*. 2017;23:751–8. PMID: 28187122
 31. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, Frasure-Smith N et al. Depression as a Risk Factor for Poor Prognosis Among Patients With Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Recommendations: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129(12):1350–69. DOI: 10.1161/CIR.0000000000000019

Поступила 15.02.19 (Received 15.02.19)