

Погосова Н. В.¹, Бойцов С. А.², Оганов Р. Г.¹, Костюк Г. П.³, Соколова О. Ю.¹, Юферева Ю. М.¹, Курсаков А. А.¹, Аушева А. К.¹, Выгодин В. А.¹, Карпова А. В.¹, Арутюнов А. А.¹, Исакова С. С.¹ от имени исследователей 30 российских центров

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

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

³ ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева» Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва, Россия

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В 30 ГОРОДАХ РОССИИ: ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЯ КОМЕТА

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, депрессия, тревожность, психосоциальные факторы риска, социально-экономический статус, тип личности D.

Ссылка для цитирования: Погосова Н. В., Бойцов С. А., Оганов Р. Г., Костюк Г. П., Соколова О. Ю., Юферева Ю. М., Курсаков А. А., Аушева А. К., Выгодин В. А., Карпова А. В., Арутюнов А. А., Исакова С. С. от имени исследователей 30 российских центров. 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.

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Психосоциальные факторы риска (ФР) вносят существенный вклад в популяционное бремя сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их осложнений. **Цель.** Исследование КОМЕТА направлено на получение актуальной информации о психосоциальных ФР у амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и/или ишемической болезнью сердца (ИБС), наблюдающихся в первичном звене здравоохранения 30 городов России. **Материалы и методы.** В 2016–2017 гг. при участии 325 врачей проведено многоцентровое кросс-секционное исследование, в которое включены 2775 пациентов в возрасте ≥ 55 лет с АГ и/или ИБС, обратившихся в государственные поликлиники. Были собраны социально-демографические, клинические характеристики пациентов, имеющиеся ФР, данные о приверженности больных к лечению. При оценке психосоциальных ФР учитывались уровень тревоги и депрессии, уровень стресса, наличие типа личности D и другие характеристики. **Результаты.** Включенную популяцию пациентов (72% женщин) характеризовала значительная распространенность психосоциальных ФР. У 24,5% имелся низкий уровень образования, у 44,2% – низкий уровень дохода; 25,2% сообщили об одиноком проживании, 6,3% испытывали социальную изоляцию. Повышенный уровень стресса выявлен у 67,8%, крайне высокий уровень стресса – у 10%; тип личности D – у 37,6% пациентов. Клинически выраженная тревожная симптоматика имела у 25,5%, клинически выраженная депрессивная симптоматика – у 16,3% пациентов. Большинство ФР достоверно чаще выявлялось у женщин, а также у пациентов более старшего возраста. На протяжении года до включения в исследование 33,1% пациентов принимали психотропные препараты, в основном растительные, и средства, содержащие барбитураты (27,1%). Кроме того, 30% пациентов имели снижение когнитивного функционирования. **Заключение.** В крупном всероссийском исследовании выявлена высокая распространенность психосоциальных ФР у амбулаторных пациентов с АГ и ИБС. Несмотря на положительную динамику распространенности тревожных и депрессивных состояний по сравнению с более ранними отечественными исследованиями, негативное влияние этих факторов на прогноз ССЗ и качество жизни пациентов требует оптимизации усилий по организации адекватной помощи, направленной на своевременную диагностику и коррекцию этих состояний.

Pogosova N. V.¹, Boitsov S. A.², Oganov R. G.¹, Kostyuk G. P.³, Sokolova O. Yu.¹, Yufereva Yu. M.¹, Kursakov A. A.¹, Ausheva A. K.¹, Vygodin V. A.¹, Karpova A. V.¹, Arutyunov A. A.¹, Isakova S. S.¹ on Behalf of Investigators From 30 Centers in Russia

¹ National Medical Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

² National Medical Research Center for Cardiology, Moscow, Russia

³ Psychiatric Clinical Hospital № 1 named after N. A. Alekseev, Moscow, Russia

PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS IN AMBULATORY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND ISCHEMIC HEART DISEASE OF 30 CITIES IN RUSSIA: DATA FROM THE KOMETA (Comet) STUDY

Keywords: cardio-vascular diseases; hypertension; ischemic heart disease; depression; anxiety; psychosocial risk factors, socioeconomic status; personality type D.

For citation: Pogosova N. V., Boitsov S. A., Oganov R. G., Kostyuk G. P., Sokolova O. Yu., Yufereva Yu. M., Kursakov A. A., Ausheva A. K., Vygodin V. A., Karpova A. V., Arutyunov A. A., Isakova S. S. on Behalf of Investigators From 30 Centers in Russia. Psychosocial Risk Factors in Ambulatory Patients With Arterial Hypertension and Ischemic Heart Disease of 30 Cities in Russia: Data from the KOMETA (Comet) Study. Kardiologiia. 2018;58(11):5–16.

SUMMARY.

Background. Psychosocial (PS) risk factors (RF) make a substantial contribution in populational burden of cardio-vascular diseases (CVD) and their complications. **Purpose.** The KOMETA (Comet) study was directed to obtaining actual information on PSRF among ambulatory patients with arterial hypertension (AH) and/or ischemic heart disease (IHD) in 30 cities of Russian Federation. **Materials and methods.** This multicenter cross-sectional study was conducted in 2016–2017. Doctors participating in the study (n=325) recruited in state polyclinics 2775 patients aged ≥55 years with AH and/or IHD. Information collected from these patients comprised social-demographic and clinical characteristics, data on RF, adherence to therapy. Assessment of PSRF was carried out with consideration of levels of anxiety, depression and stress, presence of personality type D. **Results.** Population of patients studied (72% women) was characterized by considerable prevalence of PSRFs. Low levels of education and income were found in 24.5 and 44.2% of patients, respectively; 25.2% of patients reported living alone, 6.3% – felt social isolation. Elevated, extremely high levels of stress, type D personality were detected in 67.8, 10, and 37.6% of patients, respectively; clinically significant symptoms of anxiety and depression were found in 25.5 and 16.3%, respectively. Most RFs were significantly more often detected in women, and older people. One third of patients (33.1%) during a year preceding inclusion took some psychotropic drugs mainly herbal or barbiturate-containing (27.1%). Moreover, 30% of patients had lowering of cognitive functioning. **Conclusion.** In this large-scale study we revealed high prevalence of PSRFs among ambulatory patients with AH and/or IHD in Russia. Despite positive dynamics of prevalence of states of anxiety and depression relative to earlier studies in this country their negative impact on prognosis of CVD and quality of life of affected patients requires optimization of efforts for organization of adequate care and directed to timely diagnosis and correction of these states.

Несмотря на то что практически у всех пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) имеется хотя бы один традиционный фактор риска (ФР), включая курение, ожирение, дислипидемию, артериальную гипертензию (АГ), сахарный диабет, эти факторы не объясняют полностью все существующее популяционное бремя ССЗ, и в связи с этим в течение последних десятилетий очень активно изучалась роль психосоциальных ФР развития ССЗ. В результате был накоплен обширный массив информации, свидетельствующий, что психосоциальные факторы могут как потенцировать эффекты традиционных ФР, так и оказывать непосредственно причинное воздействие [1, 2]. В настоящее время взаимосвязь с заболеваемостью и прогнозом ССЗ (в отношении качества жизни, сердечно-сосудистых исходов, в том числе летальных) подтверждена для таких психосоциальных ФР, как низкий социально-экономический статус, низкая социальная поддержка или социальная изоляция, острый и хронический стресс, тип личности D, тревожность и депрессия. Это отражено в европейских [3] и российских национальных [4] рекомендациях по профилактике ССЗ, а также тематическом документе Европейской ассоциации по профилактике ССЗ и реабилитации [5].

Курение, низкий уровень физической активности и нездоровое питание, тесно связанное с ними ожирение чаще отмечаются у лиц с психосоциальными ФР развития ССЗ [3]. Кроме того, у пациентов,отягощенных этими ФР,гораздо труднее проводить поведенческие вмешательства (например, по отказу от курения), они хуже лечатся,

реже участвуют в программах реабилитации и вторичной профилактики [4]. Помимо этого, психосоциальные ФР, в частности, депрессия и хронический стресс, способны приводить к активации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и дисрегуляции симпатической части вегетативной нервной системы, следствиями чего могут стать вегетативная дисфункция, системное воспаление, инсулинорезистентность, дисфункция эндотелия, гиперреактивный ответ на стресс (со значительным повышением частоты сердечных сокращений и артериального давления), нарушения функций тромбоцитов и даже укорочение теломеров [2].

Результаты всемирно известного исследования INTERHEART [6] показали, что популяционный атрибутивный риск развития инфаркта миокарда при наличии кластера психосоциальных ФР, включая социальную изоляцию, депрессию, стресс на работе и стресс в жизни, составляет 40% у женщин и 25% у мужчин (после коррективки по традиционным ФР). Это означает, что в отсутствие психосоциальных ФР, 40 и 25% инфарктов миокарда у женщин и мужчин соответственно можно было бы предотвратить. В связи с этим очевидна важность дальнейшего изучения психосоциальных ФР развития ССЗ.

Исследование КОМЕТА направлено на получение актуальной информации о психосоциальных ФР у амбулаторных пациентов с наиболее распространенными ССЗ – с АГ и/или ишемической болезнью сердца (ИБС). Это вторая публикация по результатам исследования

КОМЕТА. В центре внимания первой публикации [7] были основные ФР развития ССЗ, в том числе отдельные сведения о тревожной и депрессивной симптоматике. В настоящей публикации представлены все психосоциальные ФР, включая их распространенность в общей популяции исследования и различных половозрастных подгруппах.

Материалы и методы

Дизайн исследования КОМЕТА подробно описан в первой публикации по данному исследованию [7].

Краткое изложение дизайна исследования

Клинико-эпидемиологическая часть исследования КОМЕТА, которая представляла собой кросс-секционное 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 и 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, а также 2 775 амбулаторных пациентов с АГ и/или ИБС в возрасте от 55 до 96 лет (средний возраст $66,7 \pm 7,9$ года), в том числе 1 997 (72%) женщин и 778 (28%) мужчин. У 1 687 (60,8%) участников исследования была диагностирована АГ, у 1 015 (36,6%) – сочетание АГ и ИБС, у 73 (2,6%) – только ИБС. АГ имели 98,7% женщин и 94,1% мужчин ($p < 0,001$). ИБС отмечалась у 32,5% женщин и 56,3% мужчин ($p < 0,001$).

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 (инфарктах) миокарда либо наличии типичных приступов стенокардии в сочетании с положительными результатами неинвазивного обследования (пробы с физической нагрузкой и/или стресс-эхокардиографии и/или мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий)

и/или инвазивного обследования (коронарографии). 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.

Каждый пациент подписывал 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.

Оценка уровня тревожной и депрессивной симптоматики проводилась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [8]. Оценка 8–10 баллов по подшкалам тревоги и депрессии HADS-A и HADS-D считалась соответствующей наличию симптомов субклинической, ≥ 11 баллов – клинически выраженной тревожной и депрессивной симптоматики.

Скрининг в целях выявления когнитивных нарушений проводился при помощи скрининговых вопросов и теста рисования часов [7]. Для оценки уровня стресса использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ) с диапазоном значений от 0 до 10 баллов.

Для определения типа личности D использовался опросник DS-14, состоящий из двух подшкал, направленных на выявление негативной аффективности и социального ингибирования [9]. Наличие типа личности D диагностировали при оценках > 10 баллов по обеим подшкалам опросника DS-14.

Исследование КОМЕТА выполнено под эгидой ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России и Национального общества профилактической кардиологии.

Статистический анализ данных проводился в системе SAS (Statistical Analysis System, SAS Institute Inc., США) с применением стандартных алгоритмов вариационной статистики. Для количественных показателей, измеряемых по интервальной шкале, рассчитывали среднее значение, среднееквадратическое отклонение и ошибку среднего. Для качественных показателей, измеряемых по номинальной шкале, и порядковых показателей, изме-

ряемых по ранговой шкале, 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 показателей, измеренных по интервальной шкале, использовались критерий t Стьюдента и критерий Манна–Уитни для независимых выборок.

Результаты и обсуждение

Сводные данные по психосоциальным ФР у пациентов с АГ и/или ИБС и их гендерным отличиям представлены в табл. 1.

Низкий социально-экономический статус

Низкий уровень образования и дохода ассоциированы с худшими показателями здоровья [10] и выживаемости у больных ИБС [11]. Как и во многих других отечественных клинико-эпидемиологических исследованиях [12, 13], пациентов с АГ/ИБС, включенных в исследование КОМЕТА, отличал довольно высокий образовательный уровень: доля лиц с низким уровнем образования (ниже среднего специального) составляла всего 23,7%. При этом отсутствовали существенные различия между мужчинами и женщинами, что подтверждается сопоставимой средней длительностью обучения (см. табл. 1).

В исследование были включены пациенты в возрасте 55 лет и старше, тем не менее около 1/3 из них работали (гендерные различия отсутствовали), при этом инвалидность имела у каждой 3-й женщины и почти у 50% мужчин ($p < 0,001$).

Несмотря на то что большинство пациентов имели высокий уровень образования и около 1/3 пациентов работали, уровень своего дохода считали низким почти 50% пациентов с АГ и/или ИБС, как мужчин, так и женщин. Причем тех, кто расценивал свой доход как низкий, было существенно больше среди женщин в возрасте старше 60 лет (в сравнении с женщинами 55–60 лет: 46,4% против 38,2%; $p < 0,01$). Среди мужчин такого падения удовлетворенности своим доходом с возрастом не отмечалось.

Доля лиц с низким уровнем дохода в исследовании КОМЕТА была существенно выше, чем малоимущих, среди достигшего пенсионного возраста населения, по последним опубликованным данным Росстата за 2016 г. (12%) [14]. Очевидно, что расхождения могут быть обусловлены следующими факторами:

1. Разницей методологии: если в исследовании КОМЕТА анализировалась субъективная оценка своего дохода пациентами, то статистика Росстата основана на соотношении между реальным доходом и официально установленным прожиточным минимумом;

2. Участники включались в исследование только в муниципальных поликлиниках (где помощь оказывается на бесплатной для пациентов основе), в связи с этим доля лиц с низким уровнем дохода относительно общей популяции могла быть завышена.

Обнаруженные различия в отношении возрастной динамики удовлетворенности своим уровнем дохода у женщин вполне соответствуют данным, полученным в других странах: несмотря на то что в большинстве стран доля малообеспеченных граждан увеличивается с возрастом, пожилые женщины подвержены в этом отношении существенно большему риску [15].

Низкая социальная поддержка

Низкая социальная поддержка увеличивает риск развития ИБС и ухудшает прогноз имеющегося заболевания [16]. Негативное влияние низкой социальной поддержки на прогноз у пациентов с сердечной недостаточностью усиливается при наличии у них депрессивной симптоматики [17]. Причем социальная изоляция существенно более важна для женщин, в частности, у них социальная изоляция в большей степени повышает риск смерти по сравнению с таковым у мужчин [18].

На момент включения в исследование КОМЕТА не состояли в официальном или гражданском браке (были разведенными, вдовыми или никогда не состояли в браке) 39,4% пациентов, в том числе 48,8% женщин и только 15,3% мужчин ($p < 0,001$) (см. табл. 1; рис. 1). Среди женщин доля не состоящих в браке достоверно увеличивалась с возрастом – 36,9% среди пациенток в возрасте 55–60 лет и 52,4% среди более старших женщин ($p < 0,001$). У мужчин процент разведенных и вдовых с возрастом существенно не увеличивался. Таким обра-

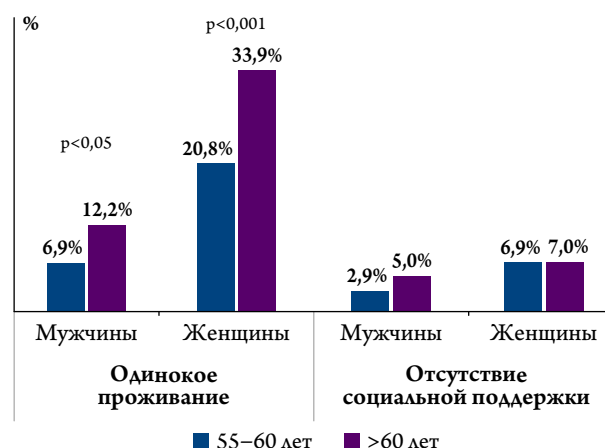


Рис. 1. Одинокое проживание и отсутствие социальной поддержки у пациентов с АГ и/или ИБС в разных половозрастных подгруппах.

Здесь и на рис. 2–4: АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца.

Таблица 1. Психосоциальные ФР развития ССЗ у больных с АГ и/или ИБС и их гендерные различия

Психосоциальные характеристики и ФР	Все пациенты (n=2775)	Женщины (n=1997)	Мужчины (n=778)	Р
Низкий социально-экономический статус				
Низкий уровень образования (ниже среднего специального), %	24,5	23	27	нд
Длительность обучения, годы, среднее±СО	13,1±2,8	13,1±2,8	13,2±2,9	нд
Низкий уровень дохода, %	44,2	44,4	43,7	нд
Низкая социальная поддержка				
Не состоят в браке (официальном или гражданском), %	39,4	48,8	15,3	<0,001
Одинокое проживание, %	25,2	30,8	10,9	<0,001
Социальная изоляция, %	6,3	7,1	4,5	<0,05
Стрессы				
Усредненный уровень стресса по ВАШ, баллы, среднее±СО	5,5±2,3	5,6±2,4	5,1±2,2	<0,001
Повышенный уровень стресса (≥5 баллов по ВАШ), %	67,8	69,2	64,2	<0,05
Высокий уровень стресса (≥7 баллов по ВАШ), %	34,6	36,9	28,2	<0,001
Очень высокий уровень стресса (9–10 баллов по ВАШ), %	10,0	11,6	5,8	<0,001
Наличие психотравмирующих ситуаций в течение года, %	63,8	66,5	56,6	<0,001
Основные причины пережитых стрессов				
Ухудшение собственного здоровья, %	33,8	34,3	32,6	нд
Тяжелые заболевания близких, %	17,1	19,8	10,4	<0,001
Смерть близкого родственника, %	17,3	18,8	13,6	<0,01
Конфликты в семье, %	11,9	13,2	8,4	<0,001
Стресс из-за финансовых трудностей, %	8,7	9,2	7,4	нд
Выход на пенсию, %	5,2	4,9	5,7	нд
Уход взрослых детей из дома, %	4,3	4,7	2,9	<0,05
Стресс на работе, %	3,3	2,9	4,4	нд
Потеря работы, %	2,0	1,6	3,6	<0,01
Развод, %	1,0	1,2	0,4	<0,05
Проблемы с законом, %	0,3	0,3	0,26	нд
Число психотравмирующих ситуаций, среднее±СО	1,1±1,1	1,1±1,2	0,9±1,0	<0,001
Отсутствие стрессов в течение 1 года, %	36,3	33,5	43,4	<0,001
1 психотравмирующая ситуация, %	36,7	38,1	32,9	<0,05
2 психотравмирующие ситуации, %	16,5	17,1	14,9	нд
≥3 психотравмирующие ситуации, %	10,6	11,3	8,8	<0,05
Тип личности D				
Тип личности D, %	37,6	39,5	32,9	<0,01
Негативная аффективность, %	55,6	59,8	44,6	<0,001
Социальное ингибирование, %	50,7	51,1	49,7	нд
Тревожная и депрессивная симптоматика				
Усредненная оценка по HADS-A, баллы, среднее±СО	7,5±4,2	7,9±4,2	6,4±4,0	<0,001
Клинически выраженная тревожная симптоматика (>11 баллов по HADS-A), %	25,5	28,7	17,3	<0,001
Субклиническая тревожная симптоматика (8–10 баллов по HADS-A), %	21,7	23,4	17,3	<0,001
Отсутствие тревоги (<8 баллов по HADS-A), %	52,8	47,9	65,4	<0,001
Усредненная оценка по HADS-D, баллы, среднее±СО	6,9±3,8	7,1±3,8	6,6±3,8	<0,01
Клинически выраженная депрессивная симптоматика (≥11 баллов по HADS-D), %	16,3	17,2	13,8	<0,05
Субклиническая депрессивная симптоматика (8–10 баллов по HADS-D), %	26,2	26,6	25,4	нд
Отсутствие депрессивной симптоматики (<8 баллов по HADS-D), %	57,5	56,2	60,8	<0,05
Наличие сочетанной тревожной и депрессивной симптоматики (≥8 баллов по обоим подшкалам HADS), %	29,5	32,5	21,7	<0,001
Наличие клинически выраженной сочетанной тревожной и депрессивной симптоматики (≥11 баллов по обоим подшкалам HADS), %	8,3	8,8	7,0	нд

АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ФР – факторы риска; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ВАШ – визуальная аналоговая шкала. Здесь и в табл. 2, 3: данные представлены как среднее значение ± среднееквадратическое, или стандартное, отклонение либо в виде числа пациентов в процентах; нд – недостоверно.

зом, не состоящие в браке женщины существенно преобладали в обеих рассматриваемых возрастных подгруппах ($p < 0,001$ в обоих случаях).

Об одиноком проживании сообщили около $\frac{1}{4}$ пациентов, чаще женщины (30,8% против 10,9%; $p < 0,001$). Как видно из рис. 1, доля одиноко проживающих увеличивалась с возрастом как у мужчин, так и у женщин, однако у женщин этот скачок был значительно более резким (и доля исходно одиноких была тоже существенно выше).

Несмотря на представленные данные, большинство пациентов, включенных в исследование КОМЕТА, отметили удовлетворенность уровнем социальной поддержки: об отсутствии социальной поддержки (социальной изоляции) сообщили лишь 6,3% пациентов (7,1% женщин и 4,5% мужчин; $p < 0,05$). Как видно из рис. 1, этот показатель практически не увеличивался с возрастом независимо от пола пациентов. Низкий уровень социальной изоляции мужчин вполне объясним, поскольку большинство из них состояли в браке. Обнаруженное несоответствие между значительной долей не состоящих в браке, одиноко проживающих женщин, особенно в более старшей возрастной группе, и их удовлетворенностью социальной поддержкой, очевидно, связано с тем, что несмотря на уменьшение числа социальных контактов в пожилом возрасте, те социальные связи, которые все же сохраняются у представителей старших возрастных групп, часто оказываются более интенсивными и качественными [19].

Стрессы

Усредненный уровень психоэмоционального стресса у пациентов с АГ и/или ИБС был выше среднего уровня (более 5 баллов по 10-балльной ВАШ) (см. табл. 1). Анализ индивидуальных показателей уровня стресса свидетельствует о том, что почти 70% больных с АГ/ИБС отмечали повышенный уровень стресса (≥ 5 баллов), а 34,6% пациентов указали на высокий уровень стресса (≥ 7 баллов). Обращает внимание, что у 10% пациентов с АГ и/или ИБС имелся очень высокий уровень стресса (9–10 баллов по ВАШ).

Исследование КОМЕТА наглядно показало, что среди пациентов с АГ и/или ИБС хроническому стрессу больше подвержены женщины: у них достоверно выше усредненный уровень хронического психоэмоционального стресса, чаще отмечают повышенный и высокий уровни стресса, в 2 раза больше женщин, чем мужчин, имеют очень высокий уровень стресса (11,6% против 5,8%; $p < 0,001$).

Как показано на рис. 2, повышенный уровень стресса был более характерен для мужчин 55–60 лет (в сравнении с категорией старше 60 лет), у женщин уровень стресса не зависел от возраста. Возможно, это различие связано с тем, что абсолютное большинство мужчин в возрас-

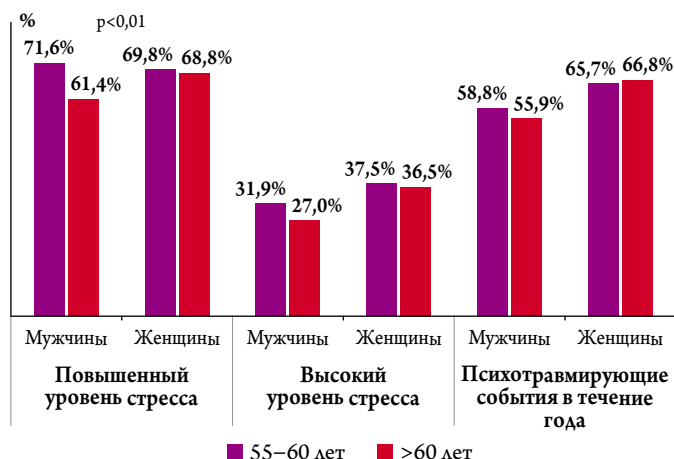


Рис. 2. Уровни стресса и пережитые психотравмирующие события на протяжении года до включения в исследование у пациентов с АГ и/или ИБС в различных половозрастных подгруппах.

те 55–60 лет работали (накладывался стресс на работе) и кроме того, это был для них непростой период подготовки к выходу на пенсию.

О пережитых в течение года до включения в исследование КОМЕТА психотравмирующих событиях сообщили более 60% больных с АГ и/или ИБС, из них 36,7% пережили одно, 16,5% – два и 10,6% – три и более психо-

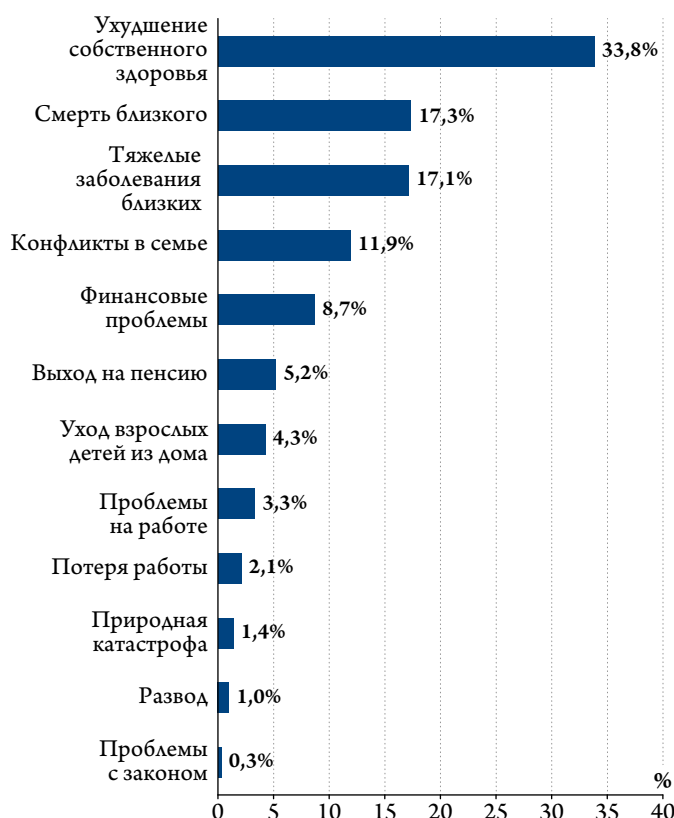


Рис. 3. Психотравмирующие события на протяжении последнего года перед включением в исследование у пациентов с АГ и/или ИБС.

травмирующих события (см. табл. 1). Пациентки пережили такие события чаще мужчин (66,5% против 56,6%; $p < 0,001$).

Среди различных видов пережитых психотравмирующих событий пациенты с АГ/ИБС чаще всего испытывали стресс, связанный с ухудшением собственного здоровья (более 1/3 пациентов, без различий между мужчинами и женщинами; рис. 3). Около 17% пациентов указали, что в течение года до включения в исследование КОМЕТА пережили так называемые стрессы большой силы, связанные со смертью и тяжелыми заболеваниями близких людей. Каждый десятый пациент в качестве источника пережитого стресса назвал конфликты в семье. Все перечисленные виды психотравмирующих событий более типичны для женщин (см. табл. 1).

Полученные данные важны с точки зрения их вероятного влияния на прогноз ССЗ. Показана взаимосвязь между хроническим стрессом и ишемическими осложнениями у женщин [20], а также связь острых стрессов, особенно большой силы, с фатальными и нефатальными осложнениями ССЗ [21, 22].

Тип личности D

Несмотря на то что в последние годы тип личности D рассматривается в качестве независимого ФР развития ИБС [3, 4], до настоящего времени крупных исследований по изучению распространенности и прогностической значимости этого ФР в нашей стране не проводилось. КОМЕТА – первое крупное отечественное исследование, в котором изучается распространенность типа личности D и его влияние на прогноз ССЗ (в рамках проспективной части исследования [7]).

Согласно результатам исследования КОМЕТА, распространенность типа личности D среди пациентов с АГ и/или ИБС составляет 37,6%, что вполне соответствует мировому опыту, согласно которому она может достигать 30–40% в различных популяциях пациентов с ССЗ [9, 23].

При этом результаты исследования продемонстрировали существенное преобладание типа личности D и его компонента негативной аффективности у женщин: тип личности D – 39,5% против 32,9% ($p < 0,01$), негативная аффективность – 59,8% против 44,6% у мужчин ($p < 0,001$). Другой компонент типа личности D – социальное ингибирование – отмечен у почти 50% женщин и мужчин без существенных гендерных отличий. Полученные данные о большей распространенности типа личности D у женщин согласуются с данными литературы: более высокая частота обнаружения этого типа личности у женщин показана как в общей популяции [24], так и у больных ИБС [25]. Рис. 4 наглядно демонстрирует, что тип личности D и, в частности, его компонент

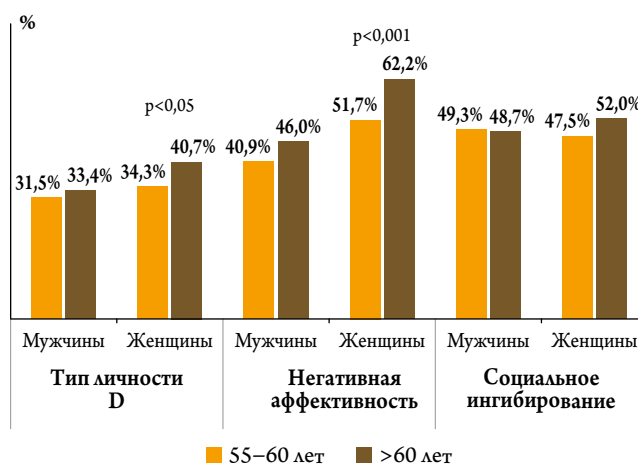


Рис. 4. Тип личности D и его компоненты у пациентов с АГ и/или ИБС в различных половозрастных подгруппах.

«негативная аффективность» чаще отмечаются у женщин более старшего возраста. У мужчин различий по возрастным категориям не обнаружено.

Тревожная и депрессивная симптоматика

Тревожные состояния являются независимыми ФР развития сердечно-сосудистых осложнений и смерти от них [2–5]. При наличии депрессивной симптоматики у больных ССЗ риск неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов возрастает в 1,6–2,2 раза [2–5, 22].

В табл. 1 и 2 представлена распространенность тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов с АГ и/или ИБС, пришедших на прием к участковым врачам/врачам общей практики 30 городов Российской Федерации. Усредненная оценка по подшкале тревоги HADS-A у больных АГ и/или ИБС составила $7,5 \pm 4,2$ балла, по подшкале депрессии HADS-D – $6,9 \pm 3,8$ балла. Тревожная симптоматика различной степени выраженности имела у 47,2% больных, при этом у 25,5% она носила клинически значимый характер. Депрессивная симптоматика различной степени выраженности отмечалась у 42,5% больных АГ и/или ИБС, клинически значимой она была у 16,3% больных. Сочетание клинически значимой тревожной и депрессивной симптоматики (>11 баллов по обеим подшкалам HADS) выявлено у 8,3% пациентов.

При этом тревожность была более типична для женщин: усредненная оценка по подшкале тревоги HADS-A составила у женщин $7,9 \pm 4,2$ балла, у мужчин – $6,4 \pm 4,0$ балла ($p < 0,001$). В отношении депрессивной симптоматики картина была во многом аналогичной: усредненная оценка по подшкале HADS-D у женщин – $7,1 \pm 3,8$ балла, у мужчин – $6,6 \pm 3,8$ балла ($p < 0,01$).

Симптомы тревожности различной степени выраженности имели 52,1% женщин и 34,6% мужчин ($p < 0,001$),

Таблица 2. Возрастные различия психосоциальных ФР развития ССЗ у мужчин и женщин с АГ и/или ИБС

Характеристики	Возраст 55–60 лет	Возраст > 60 лет	p
Женщины			
Наличие тревожной симптоматики (≥ 8 баллов по подшкале HADS-A), %	45,0	54,2	<0,001
Наличие клинически выраженной тревожной симптоматики (≥ 11 баллов по подшкале HADS-A), %	26,4	29,5	н.д.
Наличие депрессивной симптоматики (≥ 8 баллов по подшкале HADS-D), %	38,3	45,3	<0,01
Наличие клинически выраженной депрессивной симптоматики (≥ 11 баллов по подшкале HADS-D), %	13,2	18,2	<0,05
Наличие сочетанной тревожной и депрессивной симптоматики (≥ 8 баллов по обеим подшкалам HADS), %	28,8	33,5	н.д.
Наличие клинически выраженной сочетанной тревожной и депрессивной симптоматики (≥ 11 баллов по обеим подшкалам HADS), %	7,1	9,2	н.д.
Мужчины			
Наличие тревожной симптоматики (≥ 8 баллов по HADS-A), %	36,1	34,3	н.д.
Наличие клинически выраженной тревожной симптоматики (≥ 11 баллов по HADS-A), %	17,1	17,3	н.д.
Наличие депрессивной симптоматики (≥ 8 баллов по HADS-D), %	28,8	42,4	<0,001
Наличие клинически выраженной депрессивной симптоматики (≥ 11 баллов по HADS-D), %	9,3	15,5	<0,05
Наличие сочетанной тревожной и депрессивной симптоматики (≥ 8 баллов по обеим подшкалам HADS), %	20,0	22,5	н.д.
Наличие клинически выраженной сочетанной тревожно-депрессивной симптоматики (≥ 11 баллов по обеим подшкалам HADS), %	6,3	7,2	н.д.

ФР – факторы риска; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ВАШ – визуальная аналоговая шкала; АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца.

при этом у 28,7% женщин и 17,3% мужчин они носили клинически значимый характер ($p < 0,001$). В отношении депрессивной симптоматики картина была во многом аналогичной. Депрессивная симптоматика различной степени выраженности отмечалась у 43,8% женщин и 39,1% мужчин с АГ и/или ИБС ($p < 0,05$), клинически значимой она была у 17,2% женщин и 13,8% мужчин ($p < 0,05$). Сочетанная тревожная и депрессивная симптоматика различной выраженности (≥ 8 баллов по обеим подшкалам HADS) достоверно чаще выявлялась у женщин (32,5% против 21,7% у мужчин; $p < 0,001$). Сочетание клинически значимой тревожной и депрессивной симптоматики (≥ 11 баллов по обеим подшкалам HADS) зарегистрировано у 8,3% больных АГ/ИБС, при этом гендерных различий не выявлено.

Показательно, что женский пол увеличивал вероятность наличия тревожной симптоматики более чем в 2 раза (отношение шансов – ОШ 2,2 при 95% доверительном интервале – ДИ от 1,8 до 2,7; $p < 0,001$), а депрессивной симптоматики – на 30% (ОШ 1,3; 95% ДИ от 1,03 до 1,7; $p < 0,05$).

Распространенность клинически выраженной депрессивной симптоматики у больных с АГ и/или ИБС в исследовании КОМЕТА примерно соответствовала результатам других исследований, согласно которым частота ее выявления у пациентов с ССЗ составляет в среднем 15–20% [2, 5, 26]. Распространенность тревожной симптоматики у пациентов с АГ и/или ИБС в исследовании КОМЕТА

оказалась выше средневропейского уровня, в частности, по данным исследования EUROASPIRE IV [27].

У пациентов с АГ и/или ИБС старших возрастных категорий значительно чаще выявлялась как субклиническая, так и клинически значимая депрессивная симптоматика, а у женщин чаще отмечалась также тревожная симптоматика (см. табл. 2). Принадлежность к возрастной группе >60 лет на 70% увеличивала вероятность наличия депрессивной симптоматики (ОШ 1,7 при 95% ДИ от 1,3 до 2,2; $p < 0,001$), но не имела достоверных ассоциаций с наличием тревожной симптоматики (ОШ 1,2 при 95% ДИ от 0,99 до 1,5; $p = 0,059$). В этом отношении результаты исследования КОМЕТА согласуются с данными анализа психосоциальных ФР в исследовании EUROASPIRE IV [27], в котором принадлежность к более старшим возрастным группам ассоциировалась с увеличением распространенности депрессивной симптоматики, а в отношении симптомов тревожности картина была обратной.

Продemonстрированные гендерные различия частоты выявления тревожной и депрессивной симптоматики у больных с АГ и/или ИБС соответствуют известным литературным данным. В большом числе исследований установлена более высокая частота депрессивной симптоматики у женщин [3, 4]. Аналогичные закономерности существуют и в отношении тревожности, которая чаще встречается у женщин, как в общей популяции [28], так и среди пациентов с ССЗ [27].

Индапамид + периндоприл

80

SERVIER

Вместе с тем нельзя не отметить уменьшение распространенности тревожной и депрессивной симптоматики среди пациентов с АГ и/или ИБС по данным исследования КОМЕТА по сравнению с более ранними российскими работами, в первую очередь, исследованиями КООРДИНАТА и РЕЛИФ [12, 29], которые были наиболее сопоставимы с обсуждаемым исследованием по дизайну и методологии. Обнаруженная позитивная динамика, вероятнее всего, связана с улучшением социально-экономической ситуации в стране за последние годы.

Важно подчеркнуть, что выявленная у больных с АГ/ИБС тревожная и депрессивная симптоматика ранее не была диагностирована, пациенты не имели соответствующего текущего диагноза. Это согласуется с результатами других исследований, как отечественных, так и зарубежных, показавших, что в абсолютном большинстве случаев тревожная и депрессивная симптоматика у больных с ССЗ остается недиагностированной, а пациенты не получают должной помощи [3, 4], что может негативно влиять на результаты лечения и исходы заболевания.

Психические нарушения в анамнезе и прием психотропных препаратов

Отдельного внимания заслуживают полученные в программе КОМЕТА данные о психических нарушениях, которые выявлялись у пациентов с АГ и/или ИБС на протяжении жизни, а также о психотропных препаратах, которые они принимали в течение года до включения в исследование.

Необходимо отметить, что участковые врачи/врачи общей практики, участвовавшие в программе, не имели специальной подготовки в области диагностики психических расстройств и опирались на общие знания и субъективную оценку наличия у пациентов тех или иных психических нарушений. Согласно мнению врачей, психические нарушения в анамнезе отмечались у 13,5% пациентов с АГ и/или ИБС, включенных в исследование КОМЕТА, причем у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин (15,5% про-

тив 8,6%; $p < 0,001$; см. табл. 3). Наиболее часто, по оценкам врачей, у пациентов имелись следующие психические нарушения: тревожное состояние – 6,7%; депрессия – 3,1%; далее следовали тревожно-депрессивное состояние – 0,5%, невроз – 0,4%, нарушения сна – 0,2%, агрессивность – 0,2%. Другие категории (фобии, снижение настроения, плаксивость, деменция) отмечались в единичных случаях. У 1,9% пациентов врачи указали на наличие психических нарушений, но затруднились их квалифицировать.

Несмотря на то что деменция, по мнению врачей, имела в единичных случаях, у 30% пациентов с АГ/ИБС выявлены когнитивные нарушения по результатам тестирования часов (≤ 3 баллов). Причем когнитивные нарушения не имели гендерных отличий, в том числе у пациентов разных возрастных категорий (55–60 лет и старше 60 лет).

Согласно сведениям, полученным от пациентов с АГ и/или ИБС, 33,1% из них на протяжении года до включения в исследование КОМЕТА принимали психотропные препараты, причем 27,1% принимали препараты растительного происхождения и различные средства, содержащие барбитураты (корвалол, валокордин и др.); 9,4% пациентов сообщили о приеме противотревожных препаратов. Антидепрессанты и нейролептики использовались крайне редко, независимо от пола пациентов. Важно отметить, что психотропные препараты в целом, а также растительные, средства, содержащие барбитураты, и противотревожные препараты существенно чаще использовали женщины (см. табл. 3).

С учетом выявленной в исследовании КОМЕТА высокой распространенности тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов с АГ и/или ИБС в условиях территориальных поликлиник, такое редкое назначение антидепрессантов косвенно подтверждает недостаточный охват этой категории пациентов адекватной помощью. Вместе с тем потребность в психотропных препаратах у пациентов, очевидно, имела, и они пытались самостоятельно корректировать свое состояние. По-видимому, с этим связана высокая частота приема

Таблица 3. Наличие у пациентов с АГ и/или ИБС психических нарушений в анамнезе, по мнению врачей, и прием пациентами психотропных препаратов в течение года до включения в исследование

Характеристика	Все пациенты (n=2775)	Женщины (n=1997)	Мужчины (n=778)	p
Психические нарушения в анамнезе, по мнению врачей, %	13,5	15,5	8,6	<0,001
Прием пациентами психотропных препаратов в течение года до включения в исследование, %	33,1	37,4	22,2	<0,001
Растительные и барбитурат-содержащие препараты, %	27,1	30,9	17,4	<0,001
Противотревожные препараты, %	9,4	10,7	6,0	<0,001
Антидепрессанты, %	1,6	1,5	1,9	н.д.
Нейролептики, %	1,3	1,3	1,3	н.д.

АГ – артериальная гипертензия; ИБС – ишемическая болезнь сердца.

пациентами с АГ и/или ИБС психотропных препаратов безрецептурного ряда (каждый третий пациент сообщил о приеме этих средств в течение последнего года).

Заключение

У пациентов с артериальной гипертензией и/или ишемической болезнью сердца, пришедших на амбулаторный прием в территориальные поликлиники к участковым врачам или врачам общей практики 30 городов России, при целенаправленном скрининге выявлена существенная распространенность психосоциальных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в частности типа личности D, тревожной и депрессивной симптоматики. Установлена большая отягощенность психосоциальных факторов риска таких пациен-

ток, а также представителей более старших возрастных групп. Возможно, именно психосоциальные факторы риска ответственны за более низкие показатели качества жизни и выживаемости после перенесенных сердечно-сосудистых осложнений, типичные для женщин, имеющих ишемическую болезнь сердца [3]. Несмотря на то что установлена отчетливая позитивная динамика в отношении распространенности тревожной и депрессивной симптоматики у больных с артериальной гипертензией/ишемической болезнью сердца по сравнению с более ранними отечественными исследованиями, следует учитывать их негативное влияние на приверженность пациентов к лечению, участию в программах реабилитации и вторичной профилактики, а также на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний.

Information about the author:

National Medical Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

Yufereva Yulia M. – MD, PhD.

E-mail: Yyufereva@gnicpm.ru

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Neylon A., Canniffe C., Anand S. et al. A global perspective on psychosocial risk factors for cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis* 2013;55 (6):574–581.
2. Rozanski A. Psychosocial risk factors and cardiovascular disease: epidemiology, screening, and treatment considerations. *Cardiovascular Innovations and Applications* 2016;1 (4):417–431.
3. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S. 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). *Eur Heart J* 2016;37 (29):2315–2381. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw106. Epub 2016 May 23.
4. Boytsov S.A., Pogossova N.V. et al. Editorial a. CARDIOVASCULAR PREVENTION 2017. NATIONAL GUIDELINES. *Russian Journal of Cardiology*. 2018; (6):7–122. Russian (Бойцов С.А., Погосова Н.В. и др. Кардиоваскулярная профилактика. Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал 2018;6 (23):7–122.) <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2018-6-7-122>
5. Pogossova N., Saner H., Pedersen S.S. et al. Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. 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. *Eur J Prev Cardiol* 2015;22 (10):1290–1306.
6. Rosengren A., Hawken S., Ounpuu S. et al., for the INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004;364:953–962.
7. Pogossova N.V., Boytsov S.A., Oganov R.G. et al. on Behalf of Investigators From 30 Centers in Russia. 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. 2018;9 (58):47–58. Russian (Погосова Н.В., С.А. Бойцов, Оганов Р.Г. 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;9 (58):47–58.
8. Zigmond A. S., Snaith R. P. Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–370.
9. Denollet J. DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005;67:89–97.
10. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358:2468–2481
11. Gerber Y., Goldbourt U., Drory Y. Interaction between income and education in predicting long-term survival acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2008;15:526–532.
12. Pogossova G.V., Koltunov I.E., Sokolova O.J. Secondary prevention of hypertension and coronary heart disease in clinical practice of the Russian Federation. M: VikasPrint 2009;154. Russian (Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Соколова О.Ю. Вторичная профилактика артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца в реальной клинической практике Российской Федерации. M: Викас-принт 2009;154).
13. Pogossova N.V., Oganov R.G., Boytsov S.A. et al. Monitoring the Secondary Prevention of Ischemic Heart Disease in Europe and Russia: Results of the Russian Part of the International Multicenter Study EUROASPIRE IV. *Cardiology* 2015;55 (12):99–107. Russian (Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А. и др. Мониторинг вторичной профилактики ишемической болезни в России и Европе: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. *Кардиология* 2015;55 (12):99–107).
14. Social Status and Standard of Living of the Russian Population. Rosstat. M 2017;332. Russian (Социальное положение и уровень жизни населения России. 2017: Стат. сб. Росстат. M 2017;332).

15. Tucker J., Lowell C. National snapshot: Poverty among women & families, 2015 Retrieved from <https://nwlc.org/wp-content/uploads/2016/09/Poverty-Snapshot-Factsheet-2016.pdf>
16. Barth J., Schneider S., von Kanel R. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med* 2010;72:229–238.
17. Chung M.L., Moser D.K., Lennie T.A. et al. Perceived social support predicted quality of life in patients with heart failure, but the effect is mediated by depressive symptoms. *Qual Life Res* 2013;22:1555–1563.
18. Saito M., Kondo N., Kondo K. et al. Gender differences on the impacts of social exclusion on mortality among older Japanese: AGES cohort study. *Soc Sci Med* 2012;75 (5):940–945. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.04.006. Epub 2012 May 14.
19. Knoll N., Schwarzer R. Gender and Age Differences in Social Support: A Study of East German Migrants. In: Weidner G., Kopp M., Kristenson M., editors. *Heart disease: Environment, stress, and gender*. Amsterdam: IOS Press; 2002. pp. 198–210.
20. Georgiades A., Janszky I., Blom M. et al. Financial strain predicts recurrent events among women with coronary artery disease. *Int J Cardiol* 2009;135:175–183.
21. Berntson J., Patel J.S., Stewart J.C. Number of recent stressful life events and incident cardiovascular disease: Moderation by lifetime depressive disorder. *J Psychosom Res* 2017;99:149–154. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2017.06.008. Epub 2017 Jun 12.
22. Oganov R.G., Pogossova G.V., Koltunov I.E. et al. Depressive Symptoms Worsen Cardiovascular Prognosis and Shortens Length of Life in Patients With Arterial Hypertension and Ischemic Heart Disease 2011;51 (2):59–66. Russian (Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. и др. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. *Кардиология* 2011;51 (2):59–66.)
23. Sogaro E., Schinina F., Burgisser C. 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 Arch Chest Dis* 2010;74:181–191.
24. Condén E., Leppert J., Ekselius L., Åslund C. Type D personality is a risk factor for psychosomatic symptoms and musculoskeletal pain among adolescents: a cross-sectional study of a large population-based cohort of Swedish adolescents. *BMC Pediatrics* 2013;13:1471–2431.
25. Kupper N., Pedersen S.S., Höfer S. et al. Crosscultural analysis of Type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: A study from the International HeartQoL Project. *International Journal of Cardiology* 2013;166:327–333.
26. Zhang Y., Chen Y., Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding. *J Clin Neurosci* 2018;47:1–5. DOI: 10.1016/j.jocn.2017.09.022. Epub 2017 Oct 21.
27. Pogossova N., Kotseva K., De Bacquer D. 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. *Eur J Prev Cardiol* 2017;24 (13):1371–1380. DOI: 10.1177/2047487317711334. Epub 2017 May 23. PMID: 28534422
28. Altemus M., Sarvaiya N., Epperson C.N. Sex differences in anxiety and depression clinical perspectives. *Frontiers in neuroendocrinology*. 2014;35 (3):320–330. DOI:10.1016/j.ynrne.2014.05.004
29. Chazov E.I., Oganov R. G., Pogossova G. V. et al. Clinico-Epidemiological Program of the Study of Depression in Cardiological Practice in Patients With Arterial Hypertension and Ischemic Heart Disease (COORDINATA). *Cardiology* 2007;47 (3):28–37. Russian (Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. *Кардиология* 2007;3:28–37).

Поступила 12.05.18 (Received 12.05.18)