

Погосова Н. В.¹, Бойцов С. А.², Оганов Р. Г.¹, Юферева Ю. М.¹, Костюк Г. П.³, Курсаков А. А.¹, Аушева А. К.¹, Выгодин В. А.¹ от имени исследователей 30 российских центров: Осипова И. В. (Барнаул), Алленов А. М. (Москва), Гинзбург М. Л. (Московская область), Хафизова Е. Д. (Казань), Набиуллина Г. А. (Астрахань), Ивкова И. А. (Владимир), Наумова Е. А. (Чебоксары), Уварова Л. Ф. (Курск), Попонина Т. М. (Томск), Балавин А. А. (Нижний Новгород), Кутумова О. Ю. (Красноярск), Полянская И. А. (Кемерово), Другова М. А. (Пермь), Касимов Р. А. (Вологда), Веденина Г. Д. (Воронеж), Глуховская С. В. (Екатеринбург), Трубицина И. П. (Краснодар), Фомичева М. Л. (Новосибирск), Лебедева Н. А. (Смоленск), Ахтямова С. Х. (Уфа), Яхина Р. Р. (Саратов), Мальшин Ю. А. (Самара), Гончарова И. В. (Санкт-Петербург), Петричко Т. А. (Хабаровск), Камынина О. Ю. (Тюмень), Гомова Т. А. (Тула), Коротеева С. В. (Липецк), Бастрыгина В. А. (Омск)

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

Клинико-эпидемиологическая программа изучения психосоциальных факторов риска в кардиологической практике у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КОМЕТА): первые результаты российского многоцентрового исследования

Ключевые слова: артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, депрессия, тревожность, психосоциальные факторы риска.

Ссылка для цитирования: Погосова Н. В., Бойцов С. А., Оганов Р. Г., Юферева Ю. М., Костюк Г. П., Курсаков А. А., Аушева А. К., Выгодин В. А. от имени исследователей 30 российских центров. Клинико-эпидемиологическая программа изучения психосоциальных факторов риска в кардиологической практике у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КОМЕТА): первые результаты российского многоцентрового исследования. Кардиология. 2018;58(9):47–58.

РЕЗЮМЕ

Более 10 лет прошло с момента проведения первого крупного клинико-эпидемиологического исследования по оценке распространенности психосоциальных факторов риска (ФР) у больных артериальной гипертонией (АГ) и/или ишемической болезнью сердца (ИБС) в Российской Федерации. Цель исследования. Оценка текущей распространенности психосоциальных ФР у больных АГ и/или ИБС и взаимосвязь с традиционными ФР их развития. Материалы и методы. В 2016–2017 гг. проведено многоцентровое одномоментное исследование с включением больных в возрасте ≥ 55 лет с верифицированной АГ и/или ИБС из 30 городов России, представлявших 7 федеральных округов. В каждом городе случайным образом отбирали 2–5 государственных лечебных учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в каждом из которых для участия приглашали 2–5 отобранных случайным образом участковых врачей или врачей общей практики. Согласившиеся участвовать врачи включали в исследование по 10 последовательно обратившихся в течение 1–2 рабочих дней пациентов с АГ и/или ИБС. Собираемая информация охватывала социально-демографические характеристики пациентов, их клинические особенности, имеющиеся факторы риска, приверженность к лечению. Для выявления тревожной и депрессивной симптоматики использовали самоопросник – Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS). Изучали частоту ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний и ассоциацию ФР с тревожной/депрессивной симптоматикой в рамках линейного корреляционного анализа Пирсона и рангового анализа Кендалла. Результаты. Тревожная симптоматика различной степени выраженности (>7 баллов по HADS-A) имела у 47,2% больных АГ и/или ИБС, при этом у 25,5% она носила клинически значимый характер (>11 баллов по HADS-A). Депрессивная симптоматика различной степени выраженности (>7 баллов по HADS-D) отмечалась у 42,5% больных АГ и/или ИБС, клинически значимой (>11 баллов по HADS-D) она была у 16,3%. Получен ряд статистически значимых ассоциаций тревожной и депрессивной симптоматики с традиционными кардиоваскулярными ФР: низким уровнем физической активности, повышенным уровнем систолического и диастолического артериального давления, общего холестерина, выраженным абдоминальным ожирением, рядом нездоровых пищевых привычек. Выводы. Установлена высокая распространенность тревожной и депрессивной симптоматики у амбулаторных пациентов с АГ и/или ИБС. В то же время распространенность тревожной и депрессивной симптоматики у больных ССЗ по данным настоящего исследования оказалась ниже, чем в более ранних российских исследованиях.

Pogosova N. V.¹, Boytsov S. A.², Oganov R. G.¹, Yufereva Yu. M.¹, Kostyuk G. P.³, Kursakov A. A.¹, Ausheva A. K.¹, Vygodin V. A.¹, on Behalf of Investigators From 30 Centers in Russia:

Osipova I. V. (Barnaul), Allenov A. M. (Moscow), Ginzburg M. L. (Moscow region), Khafizova E. D. (Kazan), Nabiullina G. A. (Astrakhan), Ivkova I. A. (Vladimir), Naumova E. A. (Cheboksary), Uvarova L. F. (Kursk), Poponina T. M. (Tomsk), Balavin A. A. (Nizhniy Novgorod), Kutumova O. Yu. (Krasnoyarsk), Polyanskaya I. A. (Kemerovo), Drugova M. A. (Perm), Kasimov R. A. (Vologda), Vedenina G. D. (Voronezh), Glukhovskaya S. V. (Ekaterinburg), Trubitsina I. P. (Krasnodar), Fomicheva M. L. (Novosibirsk), Lebedeva N. A. (Smolensk), Akhtyamova S. H. (Ufa), Yakhina R. R. (Saratov), Malshin Y. A. (Samara), Goncharova I. V. (St. Petersburg), Petrichko T. A. (Khabarovsk), Kamynina O. Yu. (Tyumen), Gomova T. A. (Tula), Koroteeva S. V. (Lipetsk), Bastrygina V. A. (Omsk)

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

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

Keywords: hypertension; ischemic heart disease; depression; anxiety; psychosocial risk factors.

For citation: Pogosova N. V., Boitsov S. A., Oganov R. G., Yufereva Yu. M., Kostyuk G. P., Kursakov A. A., Ausheva A. K., Vygodin V. A., 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. Kardiologiia. 2018;58(9):47–58.

SUMMARY

Background. More than 10 years passed since conduction of the first clinical-epidemiological study of prevalence of psychosocial risk factors (PSRF) in patients with arterial hypertension (AH) and/or ischemic heart disease in Russian Federation. **Purpose:** to assess current prevalence of PSRF in patients with AH/CHD and their relationship with traditional risk factors. **Materials and methods.** Patients with verified AH and/or CHD aged ≥ 55 years were included into this cross-sectional study in 30 cities of Russia representing 7 federal districts according to the following procedure. In each city we selected 2–5 federal clinics – providers of primary medical care; in each of these clinics we at random invited 2–5 physicians to take part in this study. Each of these physicians for 1–2 days included 10 consecutive patients with AH and/or CHD. Information collected from patients comprised social demographic and clinical characteristics, risk factors, adherence to therapy; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was applied for detection of symptoms of anxiety and depression. Obtained information was used for analysis of prevalence of cardiovascular risk factors and their association with symptoms of depression and anxiety in a framework of Pearson linear and Kendall rank correlation analysis. **Results.** Symptoms of anxiety of various severity (HADS-A ≥ 7) were detected in 42.2% of patients with AH and/or CHD, in 25.5% they were clinically significant (HADS-A ≥ 11). Symptoms of depression of various severity (HADS-D ≥ 7) were detected in 42.5% of patients with AH and/or CHD, in 16.3% they were clinically significant (HADS-D ≥ 11). We also observed several significant associations of symptoms of depression and anxiety with traditional cardiovascular risk factors: low level of physical activity, elevated systolic and diastolic arterial pressure, level of total cholesterol, abdominal obesity; some unhealthy nutritional habits. **Conclusions.** Prevalence of symptoms of anxiety and depression was found to be high among ambulatory patients with AH and/or CHD. However, in this study it was lower compared with that reported by previous studies in Russia.

Роль психосоциальных факторов риска (ФР) в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) отражена как в Европейских [1], так и в Национальных рекомендациях [2] по профилактике ССЗ. В 2015 г. эксперты Европейской ассоциации по профилактике ССЗ и реабилитации (European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation) выпустили согласительный документ с подробным изложением позиции по основным подходам к диагностике и коррекции психосоциальных ФР у кардиологических больных [3].

Среди психосоциальных ФР развития ССЗ наиболее весомая научная база в отношении влияния на сердеч-

но-сосудистую заболеваемость и смертность накоплена для тревожных и депрессивных состояний. Имеется большое число проспективных исследований, а также систематических обзоров и мета-анализов, свидетельствующих о том, что наличие депрессивной симптоматики у исходно здоровых лиц увеличивает последующий риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) в 1,5–4,5 раза [4, 5]. Вместе с тем установлено, что депрессивная симптоматика ухудшает прогноз и повышает риск смерти от ССЗ у больных ИБС, в том числе перенесших инфаркт миокарда, операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ) и чрескожные вмешательства (ЧКВ) на коронарных и периферических артериях [6–10].

Несмотря на то что неблагоприятное влияние тревоги на течение ССЗ было показано хронологически позже, чем аналогичная роль депрессии, в последние годы появляется все больше работ по этой проблеме. Более чем в 10 проспективных исследованиях показано увеличение риска развития ИБС у исходно здоровых лиц с тревожной симптоматикой [3, 11–13]. Негативное влияние тревоги на прогноз у кардиологических больных установлено в целом ряде исследований, хотя и не во всех [14]. В отдельных работах получены данные о том, что наличие тревожной и депрессивной симптоматики увеличивает риск развития артериальной гипертензии (АГ), причем независимо от расы, а также риск развития мозгового инсульта [15].

Тревожные и депрессивные состояния отмечаются у значительного числа пациентов с ССЗ [16–18]. Высокая распространенность тревожных и депрессивных состояний, а также их негативное влияние на прогноз у больных АГ и ИБС установлены в первом крупном российском проспективном исследовании КООРДИНАТА [19, 20], начатом в 2006 г. и завершившемся в 2009 г. Наличие тревожной/депрессивной симптоматики у больных АГ/ИБС при исходном обследовании в 1,5–2 раза увеличивало риск развития сердечно-сосудистых катастроф и смерти за 1,5- и 3-летний период наблюдения. С момента проведения первого (клинико-эпидемиологического) этапа исследования КООРДИНАТА прошло более 10 лет. В связи с этим было инициировано новое крупное исследование в целом сходного дизайна – исследование КОМЕТА (Клинико-эпидемиологическая программа изучения психосоциальных факторов риска в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца). Целью исследования явилась оценка распространенности психосоциальных ФР развития ССЗ у больных АГ/ИБС, их взаимосвязи с традиционными ФР и влияния на прогноз, а также выработка оптимальной тактики ведения пациентов с АГ/ИБС, направленной на повышение качества жизни больных и предотвращение сердечно-сосудистых осложнений.

Исследование КОМЕТА выполнено под эгидой ФГБУ НМИЦ профилактической медицины Минздрава России и Национального общества профилактической кардиологии при поддержке независимого научно-исследовательского гранта, предоставленного компанией «Отисифарм». В настоящей публикации представлены первые результаты клинико-эпидемиологического этапа исследования КОМЕТА.

Материалы и методы

Исследование КОМЕТА состоит из клинико-эпидемиологической, терапевтической и проспективной частей (с отслеживанием жизненного статуса паци-

ентов через 1,5 и 3 года после включения в исследование). Клинико-эпидемиологическая часть программы КОМЕТА представляла собой одномоментное исследование, которое было проведено в 2016–2017 гг. В исследовании принимали участие 325 врачей и 2775 пациентов в возрасте 55 лет и старше с верифицированной АГ и/или ИБС, пришедших на прием к участковым врачам или врачам общей практики территориальных поликлиник 30 городов России. Исследование проводилось в городах Астрахань, Барнаул, Владимир, Вологда, Воронеж, Екатеринбург, Казань, Калининград, Кемерово, Краснодар, Красноярск, Курск, Липецк, Москва, Московская область (Люберцы, Лыткарино), Нижний Новгород, Новоалтайск, Новосибирск, Омск, Пермь, Самара, Санкт-Петербург, Саратов, Смоленск, Томск, Тула, Тюмень, Уфа, Хабаровск и Чебоксары.

В каждом городе для участия в исследовании случайным образом отбирали от 2 до 5 типовых государственных медицинских учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в каждом из которых для участия в исследовании приглашали 2–5 участковых врачей или врачей общей практики, работающих на полную ставку в этих должностях (т.е. выполняющих соответствующие обязанности в полном объеме). Крайне важным являлся случайный выбор врача, который был ограничен лишь отказом его от участия в исследовании. Каждый врач включал в исследование всего 10 пациентов, последовательно пришедших к нему на прием в течение 1–2 рабочих дней и соответствующих критериям включения. В каждом городе в программе КОМЕТА участвовали не менее 2 поликлиник, 10 врачей и 100 пациентов.

Города-участники исследования КОМЕТА представляют 7 федеральных округов Российской Федерации. Наибольшее число пациентов было включено в исследование в Центральном, Приволжском и Сибирском округах (рис. 1).

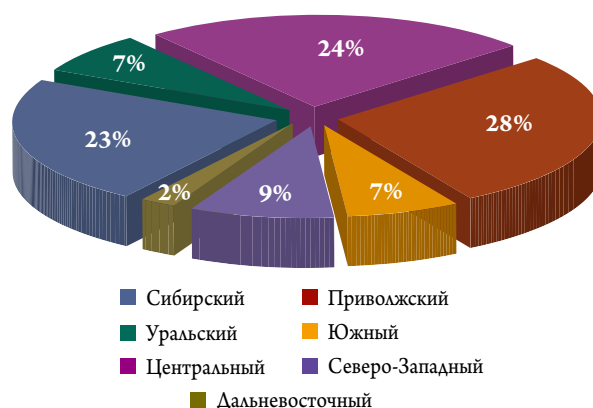


Рис. 1. Доля пациентов, включенных в исследование КОМЕТА в федеральных округах Российской Федерации.

В исследование включали пациентов в возрасте 55 лет и старше с верифицированной АГ и/или ИБС. АГ считали верифицированной при уровне артериального давления (АД) $\geq 140/90$ мм рт. ст. и/или приеме антигипертензивной терапии. ИБС считали верифицированной при перенесенном и документально подтвержденном инфаркте (инфарктах) миокарда либо при 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 в стадии декомпенсации, тяжелые психические расстройства, выходящие за рамки пограничных расстройств, наркотическая или алкогольная зависимость.

После подписания участниками исследования информированного согласия проводили их обследование по специально разработанным картам. **Карта пациента** под контролем медицинского работника заполнялась самим пациентом и включала информацию о социально-демографических характеристиках (пол, возраст, семейное положение, наличие социальной поддержки, социально-трудовой статус, уровень дохода по оценке самого пациента); ФР (курение, особенности питания, характер употребления алкоголя, уровень физической активности, пережитые в течение последнего года стрессы/психотравмирующие события); имеющихся у пациента жалобах; приверженности к приему рекомендованной по поводу АГ и/или ИБС медикаментозной терапии; причинах низкой приверженности к лечению.

Для выявления тревожной и депрессивной симптоматики пациенты заполняли самоопросник – Госпитальную шкалу тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [21]. Оценку 8–10 баллов по подшкалам тревоги и депрессии HADS-A и HADS-D считали соответствующей наличию симптомов субклинической, ≥ 11 баллов – клинически выраженной тревожной или депрессивной симптоматики.

Учитывая тесную сопряженность тревожной/депрессивной симптоматики со снижением когнитивного функционирования больных, проводили диагностику когнитивных нарушений при помощи скрининговых вопросов и теста рисования часов [22].

На каждого пациента врач заполнял специальную **Карту врача**, в которой регистрировал имеющиеся у пациента заболевания (помимо АГ и/или ИБС); перенесенные хирургические вмешательства на коронарных и/или сонных артериях; рекомендованную по поводу АГ и/или ИБС медикаментозную терапию (по классам препаратов: антиромбоцитарные препараты, β -адреноблокаторы, ингиби-

торы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов ангиотензина, статины, антикоагулянты, диуретики, антагонисты кальция, нитраты, миокардиальные цитопротекторы); прием психотропных препаратов (растительного происхождения, транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики); число обращений пациента за медицинской помощью за последний год до включения в программу; данные объективного обследования пациента: рост, масса тела, окружность талии (ОТ), окружность бедер, уровни АД (среднее из 2 измерений), частоты сердечных сокращений (ЧСС), холестерина и глюкозы (по данным последнего имеющегося анализа крови, проведенного в течение года); число приступов стенокардии и/или эпизодов повышения АД в неделю в среднем.

В соответствии с общепринятыми критериями наличие избыточной массы тела определяли при индексе массы тела (ИМТ) $25,0\text{--}29,9$ кг/м², ожирение ≥ 30 кг/м². Значения ОТ ≥ 94 см у мужчин и ≥ 80 см у женщин рассматривали как абдоминальное ожирение (АО), а ≥ 102 см у мужчин или ≥ 88 см у женщин – выраженное АО.

Дизайн и результаты терапевтической части исследования КОМЕТА и этапа проспективного наблюдения, который продолжается в настоящее время, будут представлены в отдельной публикации.

Статистический анализ данных клинико-эпидемиологической части исследования КОМЕТА проводили 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, среднеквадратическое отклонение и ошибку среднего. Для качественных показателей, измеряемых по номинальной шкале, и порядковых показателей, измеряемых 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, использовали критерий t Стьюдента и критерий Манна–Уитни для независимых выборок. В рамках настоящей работы был выполнен линейный корреляционный анализ Пирсона и ранговый анализ Кендалла.

Результаты

В клинико-эпидемиологическую часть программы 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.

Таблица 1. Клинико-демографические характеристики пациентов, включенных в исследование КОМЕТА

Характеристика	Вся группа (n=2775)	Женщины (n=1997)	Мужчины (n=778)	P
Возраст, годы	66,7±7,9	66,9±8,0	66,3±7,8	н/д
Возраст ≥60 лет, %	75,8	76,2	72,5	<0,05
Инвалиды, %	36,4	32,5	46,2	<0,001
Не работают в настоящее время (пенсионеры), %	72,5	73,1	70,7	н/д
Низкий уровень дохода, %	44,2	44,4	43,7	н/д
Низкий уровень образования (ниже среднего специального), %	24,5	23	27	н/д
Длительность обучения, годы	13,1±2,8	13,1±2,8	13,2±2,9	н/д
Социальная изоляция, %	6,3	7,1	4,5	<0,05
Одинокое проживание, %	25,2	30,8	10,9	<0,001
Не состояли в браке (официальном или гражданском) на момент включения, %	39,4	48,8	15,3	<0,001
АГ, %	97,4	98,7	94,1	<0,001
в том числе:				
• принимали антигипертензивную терапию, %	98,7	99,0	98,1	н/д
• АД ≥140/90 мм рт. ст. на исходном визите (среднее из двух измерений), %	71,9	74,8	64,7	<0,001
ИБС, %	39,2	32,5	56,3	<0,001
в том числе:				
• ИМ в анамнезе, %	33,6	19,2	55,0	<0,001
• Число ИМ в анамнезе	1,2±0,6	1,4±0,8	1,1±0,5	<0,05
• Стенокардия напряжения, %	56,2	66,5	40,9	<0,001
• Стенокардия покоя, %	5,3	7,1	2,7	<0,001
• ЧКВ, %	20,8	11,5	34,7	<0,001
• АКШ, %	8,0	3,2	15,1	<0,001
Сердечная недостаточность, %	36,4	33,7	43,5	<0,001
Фибрилляция предсердий, %	9,1	6,5	15,7	<0,001
Дисциркуляторная энцефалопатия, %	49,7	53,0	41,2	<0,001
Когнитивные нарушения (≤3 баллов по тесту рисования часов), %	30	30	29	н/д
Число баллов по тесту рисования часов	3,99±1,2	3,99±1,2	3,99±1,2	н/д
Последствия перенесенного мозгового инсульта, %	6,3	5,3	8,9	<0,001
Сахарный диабет 2-го типа, %	22,5	23,6	19,7	<0,05
Язвенная болезнь желудка, %	6,1	5,7	7,2	н/д
Онкологические заболевания, %	6,4	6,4	6,4	н/д
Хроническая болезнь почек, %	7,9	8,4	6,4	н/д
Хроническая обструктивная болезнь легких, %	10,9	10,0	13,3	<0,05

Здесь и в табл. 2–5 данные представлены в виде среднего значения ± среднее квадратическое отклонение или числа больных в процентах. АГ – артериальная гипертония; АД – артериальное давление; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ИМ – инфаркт миокарда; ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство; АКШ – аортокоронарное шунтирование; н/д – недостоверные различия.

Клинико-демографические характеристики пациентов

Клинико-демографические характеристики пациентов, включенных в исследование, представлены в табл. 1. С учетом возрастного критерия включения в исследование (55 лет и старше) закономерно, что 2/3 пациентов являлись пенсионерами и не работали, при этом 36,4% пациентов имели инвалидность. Среди важных психосоциальных факторов риска развития ССЗ следует отметить низкий уровень образования и низкий уровень дохода, который имели соответственно 24,5 и 44,2% пациентов. Почти 40% на момент включения в исследование не состояли в браке (официальном или гражданском), и были разведенными или вдовыми. Каждый четвертый участник сообщил об одиноком проживании. Несмотря

на это, на низкий уровень социальной поддержки указали лишь 6,3% пациентов.

Среди больных ИБС 56,2% страдали приступами стенокардии напряжения, каждый третий перенес инфаркт миокарда (в том числе 19% женщин и 55% мужчин). У мужчин-пациентов с ИБС чаще проводились ЧКВ по реваскуляризации миокарда (в 3 раза) и операция АКШ (в 5 раз). Мужчины в 2 раза чаще имели фибрилляцию предсердий и сердечную недостаточность. Среди пациентов с АГ 98,7% принимали антигипертензивную терапию, однако целевого уровня АД достигли 28,1% пациентов. Каждый пятый пациент страдал сахарным диабетом 2-го типа, чаще женщины. У женщин в 1,8 раза чаще отмечались в анамнезе психические заболевания. В то же время закономерно, что хроническая обструктив-

ная болезнь легких чаще встречалась у мужчин, поскольку на момент включения в исследование курили 19,9% мужчин и лишь 3,3% женщин ($p < 0,001$).

Обращает внимание высокая степень сочетания АГ/ИБС и цереброваскулярной патологии. Так, каждый второй включенный в исследование пациент имел дисциркуляторную энцефалопатию, 6,3% (чаще мужчины) ранее перенесли мозговой инсульт. При этом у каждого третьего пациента с АГ/ИБС, включенного в исследование КОМЕТА, выявлены различные когнитивные нарушения по результатам теста рисования часов (показатели ≤ 3 баллов). Гендерных различий по этому показателю не выявлено.

Распространенность традиционных ФР развития ССЗ

К сожалению, установлена высокая отягощенность пациентов с АГ и/или ИБС традиционными ФР развития ССЗ (табл. 2). На момент включения в исследова-

ние курил каждый пятый (19,9%) мужчина. Они курили в среднем около половины пачки сигарет в день, средняя продолжительность курения составила 37 лет.

Почти 50% мужчин и 30% женщин указали, что регулярно или время от времени употребляли алкоголь. При этом и женщины, и мужчины превышали максимальное безопасное разовое употребление алкоголя (> 2 стандартной дозы в сутки для мужчин и > 1 стандартной дозы в сутки для женщин). По признанию пациентов, частота употребления алкоголя была низкой: в среднем 1,7 раза в месяц и 13,9 раза в год.

Несмотря на то что более 90% пациентов, включенных в исследование, страдали АГ, каждый третий больной отметил, что досаливал готовую пищу. Почти 40% пациентов с АГ и/или ИБС употребляли недостаточное количество овощей и фруктов (< 500 г/сут), каждый третий не ограничивал в своем рационе насыщенные жиры и около 60% пациентов редко потребляли рыбу (< 1 раза в неделю).

Таблица 2. Традиционные ФР развития ССЗ у пациентов с АГ и/или ИБС в исследовании КОМЕТА

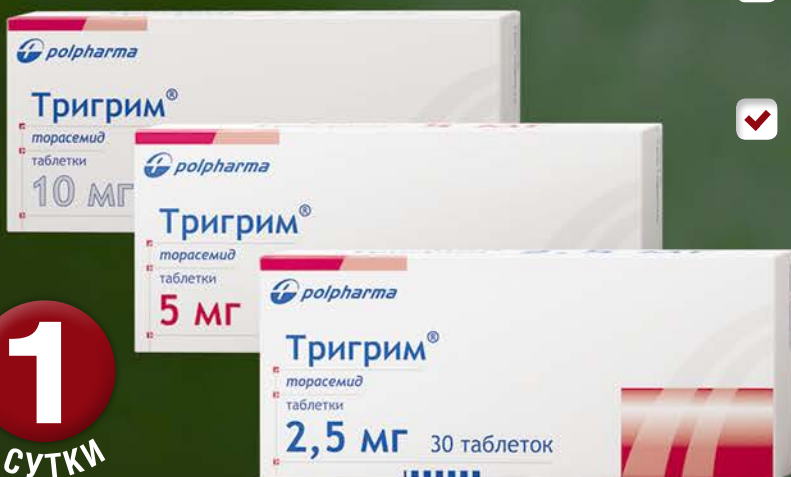
Традиционный ФР	Вся группа (n=2775)	Женщины (n=1997)	Мужчины (n=778)	P
Курение, %	7,9	3,3	19,9	$< 0,001$
Возраст начала курения, годы	19,2 \pm 6,4	23,4 \pm 8,2	18,1 \pm 5,3	$< 0,001$
Возраст отказа от курения, годы	48,5 \pm 12,3	46,6 \pm 13,9	49,0 \pm 11,8	н/д
Продолжительность курения, годы	33,9 \pm 13,7	26,0 \pm 11,1	36,9 \pm 13,5	$< 0,001$
Число сигарет, выкуриваемых пациентом в день	13,8 \pm 7,7	11,7 \pm 7,7	14,6 \pm 7,6	$< 0,05$
Употребляют алкоголь в настоящее время регулярно или время от времени, %	36,1	32,8	44,9	$< 0,001$
Число порций алкоголя, употребляемых за один раз	1,9 \pm 1,5	1,7 \pm 1,4	2,3 \pm 1,6	$< 0,001$
Число употреблений алкоголя в месяц	1,7 \pm 1,7	1,4 \pm 1,0	2,5 \pm 2,4	$< 0,001$
Число употреблений алкоголя в год	13,9 \pm 18,2	9,9 \pm 11,7	22,4 \pm 25,2	$< 0,001$
Избыточная масса тела и/или ожирение (ИМТ ≥ 25 кг/м ²), %	80,9	83,5	74,6	$< 0,001$
Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²), %	39,9	45,1	26,7	$< 0,001$
АО (ОТ у женщин ≥ 80 см, у мужчин ≥ 94 см), %	76,7	86,3	51,9	$< 0,001$
Выраженное АО (ОТ у женщин ≥ 88 см, у мужчин ≥ 102 см), %	56,1	67,9	25,5	$< 0,001$
Уровень физической активности (ходьба или иные физические нагрузки)				
• низкий (менее 30 мин в день), %	20,0	20,2	19,7	
• умеренный (30–60 мин 5–7 дней в неделю), %	39,3	39,3	39,3	н/д
• высокий (более 60 мин в день), %	40,7	40,5	41,0	
Регулярные физические тренировки, %	10,9	10,4	12,6	н/д
АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. на исходном визите (среднее из двух измерений), %	71,9	74,8	64,7	$< 0,001$
Уровень ОХС, ммоль/л	5,3 \pm 1,1	5,4 \pm 1,1	5,1 \pm 1,1	$< 0,001$
Гиперхолестеринемия (ОХС $\geq 5,0$ ммоль/л), %	61,8	65,9	51,4	$< 0,001$
Уровень ХС ЛНП, ммоль/л	3,0 \pm 0,9	3,1 \pm 0,9	2,8 \pm 0,9	$< 0,001$
ХС ЛНП $\geq 3,0$ ммоль/л, %	51,1	54,4	43,8	$< 0,01$
Уровень глюкозы, ммоль/л	5,6 \pm 1,3	5,6 \pm 1,3	5,5 \pm 1,3	н/д
Гипергликемия (глюкоза $\geq 6,2$ ммоль/л), %	23,1	23,9	20,7	н/д
Пищевые привычки				
использование продуктов с высоким содержанием жира без ограничений, %	29,5	27,1	35,7	$< 0,001$
недостаточное употребление рыбы (< 1 раза в неделю), %	58,9	58,7	59,5	н/д
досаливание готовой пищи, %	31,2	28,7	37,6	$< 0,001$
недостаточное употребление овощей и фруктов (< 500 г/сут), %	38,2	36,8	42,1	$< 0,05$

Здесь и в табл. 4: ФР – факторы риска; ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания; ИМТ – индекс массы тела; АО – абдоминальное ожирение; ОТ – окружность талии; ОХС – общий холестерин; ЛНП – липопротеиды низкой плотности; н/д – не Достоверные различия.

современный диуретик
Тригрим®
торасемид

Три доказанных преимущества торасемида

- ✓ Снижает сердечно-сосудистую смертность¹
- ✓ Замедляет развитие фиброза миокарда и сосудов²
- ✓ Снижает риск гипокалиемии, метаболически нейтрален^{1,2}



1
РАЗ В СУТКИ

1 - Cosin J., Diez J. and TORIC investigators. Torasemide in chronic heart failure: results of the TORIC study // Eur. J. Heart Fail. – 2002. – 4 (4). – 507-13.

2 - Lopez B. Effects of loop diuretics on myocardial fibrosis and collagen type I turnover in chronic heart failure. Journal of the American College of Cardiology Vol. 43, No. 11, 2004:2028–35

ЛСР-004423/09

Таблица 3. Распространенность тревожной и депрессивной симптоматики у больных АГ и/или ИБС

Параметр	Вся группа (n=2775)	Женщины (n=1997)	Мужчины (n=778)	P
Усредненная оценка по HADS-A, баллы	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 тревожной симптоматики (<8 баллов по HADS-A), %	52,8	47,9	65,4	<0,001
Усредненная оценка по HADS-D, баллы	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	н/д
Отсутствие депрессивной симптоматики (<8 баллов по HADS-D), %	57,5	56,2	60,8	<0,05
Смешанная тревожно-депрессивная симптоматика (≥11 баллов по HADS-A и -D), %	8,3	8,8	7,0	н/д

н/д – недостоверные различия.

Обращает внимание, что мужчины имели более нездоровый профиль пищевых привычек: достоверно реже ограничивали продукты с высоким содержанием жира, чаще досаливали готовую пищу и меньше потребляли овощи и фрукты.

Позитивной выглядит самооценка пациентами с АГ и/или ИБС уровня своей физической активности: 79,9% пациентов указали, что занимаются физической активностью 30 мин и более в большинстве дней недели (50% тратят на ходьбу или иную активность 30–60 мин в день, другие 50% – более 60 мин в день). Каждый десятый пациент сообщил, что регулярно занимается физическими тренировками (плавание, фитнес, лыжи и т.д.). Эти оценки пациентов, скорее всего, представляются завышенными с учетом высокой распространенности избыточной массы тела и ожирения, особенно у женщин. У 81% пациентов с АГ и/или ИБС масса тела не соответствовала надлежащей, при этом около 40% страдали ожирением, а больше 50% пациентов имели выраженное АО.

Гиперхолестеринемия, даже по заниженному критерию (общий холестерин – ОХС ≥5,0 ммоль/л), имела у большинства больных АГ и/или ИБС.

Распространенность тревожной и депрессивной симптоматики у больных АГ и/или ИБС

В табл. 3 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 у больных АГ и/или ИБС составила 7,5±4,2 балла, по подшкале депрессии – 6,9±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%. Наличие смешанной клинически значимой тревожно-

депрессивной симптоматики (>10 баллов по обеим подшкалам HADS) отмечалось у 8,3% пациентов.

Результаты исследования КОМЕТА выявили отчетливые гендерные различия по распространенности тревожной и депрессивной симптоматики у больных АГ и/или ИБС, а именно – большую распространенность симптоматики у женщин. При этом разрыв между женщинами и мужчинами по распространенности какой-либо тревожной симптоматики составил 17,5%, клинически выраженной – 11,4%. В отношении депрессивной симптоматики картина была во многом аналогичной. Эти данные соответствуют хорошо известным различиям распространенности тревоги и депрессии среди женщин и мужчин [23].

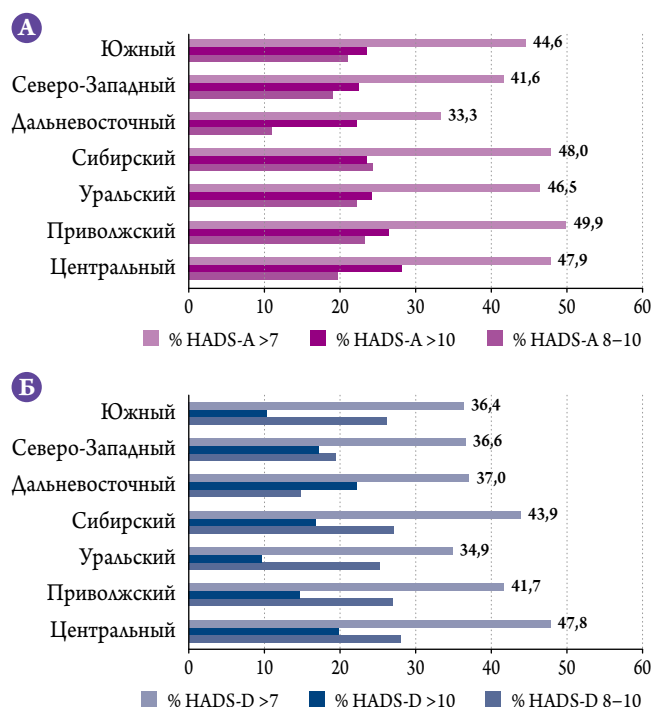


Рис. 2. Показатели распространенности тревожной симптоматики (А) и депрессивной симптоматики (Б) у больных с АГ и/или ИБС в разных федеральных округах.

Таблица 4. Ассоциация тревожной и депрессивной симптоматики с традиционными ФР у пациентов с АГ и/или ИБС в исследовании КОМЕТА

Традиционный ФР	Оценка по подшкалам, баллы			
	HADS-A (тревожная симптоматика)		HADS-D (депрессивная симптоматика)	
	r	p	r	p
Физическая активность				
низкий уровень физической активности	0,1	<0,001	0,21	<0,001
регулярные физические тренировки	-0,07	<0,001	-0,15	<0,001
Нездоровое питание				
досаливание готовой пищи	0,08	<0,001	0,05	<0,05
недостаточное употребление овощей и фруктов (<500 г/сут)	0,15	<0,001	0,19	<0,001
недостаточное употребление рыбы (<1 раза в неделю)	0,10	<0,001	0,14	<0,001
Ожирение				
ИМТ	-	-	0,05	<0,05
ОТ	-	-	0,06	<0,01
выраженное АО (ОТ у женщин ≥ 88 см, у мужчин ≥ 102 см)	0,07	<0,001	0,07	<0,001
Повышенное АД				
АГ (АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. на исходном визите)	0,10	<0,001	0,10	<0,001
Систолическое АД (среднее из двух измерений), мм рт. ст.	0,12	<0,001	0,15	<0,001
Диастолическое АД (среднее из двух измерений), мм рт. ст.	0,11	<0,001	0,10	<0,001
Гиперхолестеринемия				
уровень ОХС, ммоль/л	0,04	<0,05	0,05	<0,05
Приверженность к терапии				
строгое соблюдение рекомендованных доз	-	-	-0,05	<0,05

Данные о распространенности тревожной и депрессивной симптоматики среди пациентов, включенных в исследование в разных федеральных округах страны, представлены на рис. 2.

Показатели распространенности тревожной симптоматики во всех округах, кроме Дальневосточного, были выше 40% и находились в диапазоне от 41,6% в Северо-Западном до 49,9% в Приволжском округе. Показатели распространенности субклинической и клинически выраженной тревоги также были в целом сопоставимыми в разных округах.

Показатели распространенности депрессивной симптоматики были несколько выше в Центральном, Сибирском и Приволжском федеральных округах (47,8, 43,9 и 41,7% соответственно), в остальных – колебались от 34,9 до 37%. При этом доли пациентов с клинически выраженной депрессивной симптоматикой в Южном и Уральском округах были на 5–10% ниже, чем в других федеральных округах. Наиболее высокая распространенность клинически выраженной депрессивной симптоматики выявлена на Дальнем Востоке (22,2%). Несмотря на некоторую неоднородность данных между федеральными округами, в целом распространенность тревожной и депрессивной симптоматики среди пациентов с АГ и/или ИБС в исследовании КОМЕТА вполне соответствовала предыдущему мировому опыту, согласно которому, она может достигать 30–40% в различных популяциях кардиологических пациентов [24, 25].

Ассоциация тревожной и депрессивной симптоматики с традиционными ФР развития ССЗ

В настоящей работе был проведен анализ ассоциации тревожной и депрессивной симптоматики с традиционными ФР развития ССЗ. Результаты линейного корреляционного анализа Пирсона представлены в табл. 4 (отмечены только статистически значимые ассоциации). Наличие у пациентов тревожной и депрессивной симптоматики положительно коррелирует с низким уровнем физической активности и отрицательно – с регулярными физическими тренировками. Тревожная и депрессивная симптоматика ассоциирована с рядом нездоровых пищевых привычек у пациентов с АГ и/или ИБС, в частности, досаливанием готовой пищи, недостаточным включением овощей и фруктов, а также рыбы в рацион. У пациентов с депрессивной симптоматикой отмечают более высокие ИМТ и ОТ, у них чаще имеется АО. Наличие тревожной и депрессивной симптоматики положительно коррелирует с повышенными уровнями систолического и диастолического АД, а также ОХС. У пациентов с депрессивной симптоматикой ниже приверженность к медикаментозной терапии, а именно к строгому соблюдению рекомендованных доз лекарственных препаратов.

Обсуждение

В исследовании КОМЕТА установлена высокая распространенность тревожной и депрессивной симптоматики у больных АГ и/или ИБС, пришедших на при-

Таблица 5. Распространенность тревожной и депрессивной симптоматики в исследованиях КООРДИНАТА и КОМЕТА

Параметр	КООРДИНАТА (n=5038)	КОМЕТА (n=2775)	P
Усредненная оценка по подшкале HADS-A, баллы	9,1±5,2	7,5±4,2	<0,001
Любая тревожная симптоматика (≥8 баллов по подшкале HADS-A), %	64,2	47,2	<0,001
Клинически выраженная тревожная симптоматика (≥11 баллов по подшкале HADS-A), %	35,5	25,5	<0,001
Усредненная оценка по подшкале HADS-D, баллы	8,9±3,7	6,9±3,8	<0,001
Любая депрессивная симптоматика (≥8 баллов по подшкале HADS-D), %	62,1	42,5	<0,001
Клинически выраженная депрессивная симптоматика (≥11 баллов по подшкале HADS-D), %	35,3	16,3	<0,001

ем к участковым терапевтам/врачам общей практики 30 городов России (табл. 5). В то же время распространенность тревожной и депрессивной симптоматики, по данным исследования КОМЕТА, оказалась ниже, чем в предыдущих российских исследованиях [20, 21, 26]. Так, в проведенном в 2006 г. исследовании КООРДИНАТА [20, 21], имевшем в целом схожий дизайн, усредненная оценка по подшкале тревоги у больных АГ и/или ИБС составила 9,1±5,2 балла, по подшкале депрессии – 8,9±3,7 балла. За период между двумя исследованиями КООРДИНАТА и КОМЕТА усредненная оценка по обеим подшкалам продемонстрировала достоверное снижение ($p < 0,001$).

В исследовании КООРДИНАТА тревожная симптоматика различной степени выраженности зафиксирована у 64,2% пациентов с АГ и/или ИБС, что примерно в 1,5 раза выше, чем в исследовании КОМЕТА (различия достоверны). Депрессивная симптоматика имела у 62,1% пациентов с АГ/ИБС в исследовании КООРДИНАТА и у 42,5% – в исследовании КОМЕТА ($p < 0,001$).

За 10-летний период, прошедший между исследованиями КООРДИНАТА и КОМЕТА, доля пациентов с клинически выраженной тревожной симптоматикой достоверно снизилась с 35,5 до 25,5% ($p < 0,001$), а доля пациентов с клинически выраженной депрессивной симптоматикой сократилась более чем в 2 раза – с 35 до 16,3% ($p < 0,001$).

Аналогичная картина отмечается и в исследованиях EUROASPIRE IV и V, которые демонстрируют снижение распространенности тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, другие острые коронарные синдромы и различные вмешательства по реваскуляризации миокарда [27].

Позитивная динамика в отношении распространенности тревожной и депрессивной симптоматики у российских пациентов с АГ и/или ИБС, вероятнее всего, связана с улучшением социальной и экономической ситуации в стране за истекший период. В то же время она может быть обусловлена повышением качества медицинской помощи больным кардиологического профиля, улучшением диагностики тревожных и депрессивных

состояний и назначением адекватной медикаментозной поддержки пациентам в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Полученные нами данные об ассоциации тревожной и депрессивной симптоматики с традиционными ФР развития ССЗ согласуются с результатами других исследований. Одним из примеров может служить работа A. Gehi и соавт., в которой выявлена более низкая приверженность к медикаментозной терапии у амбулаторных пациентов с ИБС и депрессией [28]. В ряде исследований показано, что у пациентов с ССЗ при наличии депрессивной симптоматики отмечают более низкая толерантность к физической нагрузке [29] и более низкий уровень физической активности [30]. В работе T. Rutledge и соавт. установлено, что поведенческие характеристики пациентов с депрессивными состояниями включают нездоровое питание [31].

Заключение

В исследовании КОМЕТА установлена высокая распространенность тревожной и депрессивной симптоматики у больных артериальной гипертензией и/или ишемической болезнью сердца, пришедших на прием к участковым терапевтам/врачам общей практики 30 городов России. В то же время распространенность тревожной и депрессивной симптоматики у больных артериальной гипертензией и/или ишемической болезнью сердца, по данным исследования КОМЕТА, оказалась более низкой, чем в более ранних российских исследованиях.

Несмотря на некоторую неоднородность данных между федеральными округами, распространенность тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов с артериальной гипертензией и/или ишемической болезнью сердца вполне соответствовала предыдущему мировому опыту, согласно которому она может достигать 30–40% в различных популяциях кардиологических пациентов.

У обследованных больных артериальной гипертензией и/или ишемической болезнью сердца выявлена высокая распространенность традиционных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, указывающая на недостаточный уровень профилактических мероприятий.

Важным результатом настоящего исследования является установление ряда статистически значимых и существенных с клинической точки зрения ассоциаций между психосоциальными и традиционными факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Эти данные необходимо учитывать при оценке профиля факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с артериальной гипертензией и/или ишемической

болезнью сердца, а также при планировании мероприятий, направленных на комплексную коррекцию суммарного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и предотвращение осложнений. С учетом известного негативного влияния психосоциальных факторов риска на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний, эти факторы требуют пристального внимания врачей различных специальностей, а также организаторов здравоохранения.

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

- 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.
- Boytsov S.A., Pogosova N.V. et al. Cardiovascular prevention 2017. Russian national recommendations. *Russian journal of cardiology* 2018; 23 (6): 7–122. Russian (Бойцов С.А., Погосова Н.В. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. *Российский кардиологический журнал* 2018; 23 (6): 7–122).
- Pogosova 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.
- De Miranda Azevedo R., Roest A.M., Hoen P.W. et al. Cognitive/affective and somatic/affective symptoms of depression in patients with heart disease and their association with cardiovascular prognosis: A meta-analysis. *Psychol Med* 2014;27:1–15.
- Kamphuis M.H., Kalmijn S., Tijhuis M.A.R. et al. Depressive symptoms as risk factor of cardiovascular mortality in older European men: the Finland, Italy and Netherlands Elderly (Fine) study. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation* 2006;13:199–206.
- Parakh K., Thombs B.D., Fauerbach J.A. et al. Effect of depression on late (8 years) mortality after myocardial infarction. *Am J Cardiol* 2008;101:602–606.
- Grace S.L., Abbey S.E., Kapral M.K. et al. Effect of depression on five-year mortality after an acute coronary syndrome. *Am J Cardiol* 2005;96:1179–1185.
- Gan Y., Gong Y., Tong X. et al. Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *BMC Psychiatry*. 2014;14:371.
- van Dijk M.R., Utens E.M., Dulfer K. et al. Depression and anxiety symptoms as predictors of mortality in PCI patients at 10 years of follow-up. *Eur J Prevent Cardiol* 2015;0 (00) 1–7. DOI: 10.1177/2047487315571889.
- May H.T., Horne B.D., Knight S. et al. The association of depression at any time to the risk of death following coronary artery disease diagnosis. *Eur Heart J Qual Clin Outcomes* 2017; DOI:10.1093/ehjqcco/qcx017.
- Pogosova N.V., Koltunov I.E., Yufereva Yu.M. Anxiety disorders in cardiology practice: state of the problem. *Russian journal of cardiology* 2010;5:98–102. Russian (Погосова Н.В., Колтунов И.Е., Юферева Ю.М. Тревожные расстройства в кардиологической практике: состояние проблемы. *Российский кардиологический журнал* 2010;5:98–102).
- Van Melle J.P., de Jonge P., Honig A., et al Effects of antidepressant treatment following myocardial infarction. *Br J Psychiatry* 2007;190:460–466.
- Roest A.M., Martens E.J., Denollet J. et al. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: A meta-analysis. *Psychosom Med* 2010;72:563–569.
- Pogosova G.V. Depression – a risk factor for coronary heart disease and predictor of coronary death: 10 years of scientific research. *Cardiology* 2012;52 (12):4–11. Russian (Погосова Г.В. Депрессия – фактор риска развития ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти: 10 лет научного поиска. *Кардиология* 2012;52 (12):4–11).
- Glassman A.H., O'Connor C.M., Califf R.M. et al. Sertraline Antidepressant Heart Attack Randomized Trial (SADHEART) Group. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA* 2002;288 (6):701–709.
- Connerney I., Sloan R.P., Shapiro P.A. et al. Depression is associated with increased mortality 10 years after coronary artery bypass surgery. *Psychosom Med* 2010;72:874–881.
- Lesperance F., Frasure-Smith N., Talajic M. et al. Five year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation* 2002;105:1049–1053.
- Carney R.M., Freedland K.E. Depression in patients with coronary artery disease: A more significant problem than previously recognized? *Eur Heart J Qual Clin Outcomes* 2017; DOI:10.1093/ehjqcco/qcx019.
- Chazov E.I., Oganov R.G., Pogosova G.V. et al. Clinical-epidemiological program of the study of depression in cardiological practice in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease (COORDINATA): results of a multicenter study. *Cardiology* 2007;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).
- Oganov R.G., Pogosova G.V., Koltunov I.E. et al. Depressive symptoms worsen the prognosis of cardiovascular diseases and reduces

- life expectancy in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease. *Cardiology* 2011;2:59–66. Russian (Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. и соавт. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца. *Кардиология* 2011;2:59–66).
21. Zigmond A. S., Snaith R. P. Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361–370.
 22. Shulman K.I., Gold D.P., Cohen C.A., Zuccherо C.A.: Clock-drawing and dementia in the community: a longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1993;8:487–496.
 23. World Health Organization. Women's mental health: an evidence based review. Geneva: World Health Organization; 2000. Report no.: WHO/MSD/MDP/00.12000: 47.
 24. Huffman J.C., Celano C.M., Beach S.R. et al. Depression and Cardiac Disease: Epidemiology, Mechanisms, and Diagnosis. *Cardiovasc Psychiatry Neurol* 2013;2013: 695925.
 25. Lichtman J. H., Bigger Jr J. T., Blumenthal J.A. et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008;118:1768–1775.
 26. Pogosova G.V., Koltunov I.E., Sokolova O.Y. Secondary prevention of hypertension and ischemic heart disease in real clinical practice of the Russian Federation. Moscow, "Vikas-print" 2009, 35–36 p. Russian (Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Соколова О.Ю. Вторичная профилактика артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца в реальной клинической практике Российской Федерации. Москва, «Викас-принт» 2009, 35–36 с.)
 27. Pogosova N.V., Oganov R. G., Boytsov S.A. et al. Psychosocial factors and quality of life in patients with coronary heart disease: results of the Russian part of the international multicenter study EUROASPIRE IV. *Cardiovascular therapy and prevention* 2017;16 (5):20–26. Russian (Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А. и др. Психосоциальные факторы и качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2017;16 (5):20–26).
 28. Gehi A., Haas D., Pipkin S., Whooley M.A. Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Arch Intern Med* 2005;165:2508–2513. DOI: 10.1001/archinte.165.21.2508.
 29. Ruo B., Rumsfeld J. S., Pipkin S., Whooley M.A. Relation between depressive symptoms and treadmill exercise capacity in the Heart and Soul Study. *Am J Cardiol* 2004;94:96–99. DOI: 10.1016/j.amjcard.2004.03.035.
 30. Whooley M.A., de Jonge P., Vittinghoff E. et al. Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA* 2008;300:2379–2388. DOI: 10.1001/jama.2008.711.
 31. Rutledge T., Kenkre T.S., Thompson D.V. et al. Depression, dietary habits, and cardiovascular events among women with suspected myocardial ischemia. *Am J Med* 2014;127:840–847. DOI: 10.1016/j.amjmed.2014.04.011.

Поступила 03.04.18 (Received 03.04.18)