

ОЦЕНКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

О.Л. Бокерия — ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, главный научный сотрудник отделения хирургического лечения интерактивной патологии, член-корреспондент РАН, профессор, доктор медицинских наук; **В.А. Шварц** — ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, научный сотрудник отделения хирургического лечения интерактивной патологии, врач-кардиолог, кандидат медицинских наук; **М.А. Сокольская** — ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, научный сотрудник отделения хирургического лечения интерактивной патологии, врач-кардиолог, кандидат медицинских наук.

EVALUATION OF PSYCHOSOMATIC STATUS OF PATIENTS IN CARDIAC SURGERY HOSPITAL

O.L. Bockeria — Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Chief Research Assistant of Department of Surgical Treatment of Interactive Pathology, RAS Corresponding Member, Professor, DSc; **V.A. Shvartz** — Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Research Assistant of Department of Surgical Treatment of Interactive Pathology, Cardiologist, PhD; **M.A. Sokolskaya** — Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery, Research Assistant of Department of Surgical Treatment of Interactive Pathology, Cardiologist, PhD.

Дата поступления — 12.02.2020 г.

Дата принятия в печать — 28.02.2020 г.

Бокерия О.Л., Шварц В.А., Сокольская М.А. Оценка психосоматического статуса пациентов кардиохирургического стационара. Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (1): 24–30.

Цель: оценить психосоматический статус и качество жизни (КЖ) пациентов, находящихся на лечении и обследовании в кардиохирургическом стационаре. **Материал и методы.** В исследование включено 425 пациентов, из них 243 (57%) мужчины и 182 (43%) женщины; медиана возраста 61 (54; 66) год. Помимо стандартного клинического обследования, проводилась оценка КЖ и психологического статуса пациентов. Использовались стандартизированные опросники КЖ: SF-36, Миннесотский опросник больных с хронической сердечной недостаточностью (MLHFQ), Шкала госпитальной тревоги и депрессии (HADS). **Результаты.** Уровень психологического компонента опросника у женщин статистически значительно ниже, чем у мужчин: жизненная активность (VT) 45 (30; 60) против 50 (35; 65) ($p < 0,001$), социальное функционирование (SF) 63 (38; 75) против 64 (50; 88) ($p < 0,001$). Уровень тревоги и депрессии у женщин выше, чем у мужчин: 9 (6; 12) против 6 (3; 9) и 7 (4; 10) против 5 (3; 8) ($p < 0,001$). Значения физического компонента здоровья преобладали у мужчин: физическое функционирование (PF) 45 (25; 65) против 55 (35; 80) ($p < 0,001$); интенсивность боли (BP) 41 (41; 74) против 51 (41; 74) ($p < 0,001$). Низкие оценки КЖ и высокий уровень тревоги и депрессии у женщин не обусловлены тяжестью заболевания, у мужчин соматический статус более тяжелый. **Заключение.** Большая часть пациентов, поступающих в кардиохирургический стационар, имеют клинически выраженные тревогу и депрессию, которые негативно влияют на уровень КЖ.

Ключевые слова: качество жизни, сердечно-сосудистые заболевания, психоэмоциональный статус.

Bockeria OL, Shvartz VA, Sokolskaya MA. Evaluation of psychosomatic status of patients in cardiac surgery hospital. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2020; 16 (1): 24–30.

Purpose: to assess the psychosomatic status and quality of life (QOL) of patients undergoing treatment and examination in a cardiac surgery hospital. **Material and Methods.** The study included 425 patients divided into 243 (57%) men and 182 (43%) women; median age was 61 (54; 66) years. In addition to the standard clinical examination, the quality of life and psychological status of patients were assessed. Patients completed standardized questionnaires of QOL: the Short Form Medical Outcomes Study (SF36), the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). **Results.** Indicators of the psychological component of the questionnaire were statistically significantly lower in women compared with male patients: vital activity (VT) 45 (30; 60) vs 50 (35; 65) $p < 0.001$, social functioning (SF) 63 (38; 75) vs 64 (50; 88) $p < 0.001$, and the level of anxiety and depression were significantly higher in women 9 (6; 12) vs 6 (3; 9) and 7 (4; 10) vs 5 (3; 8) ($p < 0.001$). The values of the physical component of health were also lower in women: physical functioning (PF) 45 (25; 65) vs 55 (35; 80) $p < 0.001$; bodily pain (BP) 41 (41; 74) vs 51 (41; 74) $p < 0.001$. Low QOL scores and high levels of anxiety and depression were not due to the severity of the disease, men had more severe nosological status. **Conclusion.** Most of the patients entering the cardiac surgery hospital have clinically expressed anxiety and depression, which have negatively effect on the quality of their life. This is more typical for female patients.

Key words: quality of life, cardiovascular diseases, psycho-emotional status.

Введение. Несмотря на достижения современной медицины, улучшение качества диагностики и лечения, на долю сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) приходится более 17 млн смертей в год [1, 3]. В общей структуре смертности в Российской Федерации болезни системы кровообращения составляют более 56% [2]. Основными задачами здравоохранения являются: профилактика развития ССЗ, улучшение качества жизни и результатов кардиального прогноза [3].

В настоящее время к сердечно-сосудистой патологии применяется психосоматический подход, так как психологические факторы играют значимую роль в происхождении симптомов кардиологического заболевания, а также утяжеляют его течение [4, 5]. На основании многочисленных эпидемиологических исследований установлены значимые связи между тревогой, депрессией и кардиальной патологией [6–8]. Социальная изоляция и хронический жизненный стресс ухудшают течение заболевания. У пациентов с ССЗ наиболее часто встречаются: сочетание тревоги и депрессии, подавленность, замкнутость, пониженное настроение, повышенная агрессивность, утрата уверенности в себе, снижение самооценки [8, 9].

Состояние болезни является одной из частых жизненных ситуаций, в которой оказывается человек, когда нарушается нормальное протекание адаптационных процессов. У болеющих нарушается адаптационный потенциал личности, в частности из-за нейрогуморальных изменений в организме, что приводит к нарушениям на мотивационном, эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровнях. В литературе представлены работы, в которых изучен адаптационный потенциал личности пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Наиболее высокий уровень адаптационного потенциала личности определяется у больных с пороками сердца, наименьший — у больных с ИБС, что зависит от клинико-психологических особенностей соотношения структурных компонентов адаптационного потенциала в каждой группе пациентов [9].

Низкий адаптационный потенциал, повышенный уровень тревоги и депрессии у пациентов с кардиальной патологией, несомненно, оказывает влияние на качество повседневной жизни [9]. По определению ВОЗ, качество жизни — это характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии, оценка самим пациентом влияния заболевания и проводимого лечения на его физическое и психическое состояние. На основании такой оценки можно получить полное представление о самочувствии больного, увидеть «целостность ситуации болезни его глазами» [10].

Таким образом, изучение психосоматического статуса пациентов, а также оценка качества жизни являются необходимыми составляющими успешного лечения пациентов с сердечно-сосудистой патологией и терапевтического сотрудничества [11].

Цель: оценить психосоматический статус и качество жизни (КЖ) пациентов, находящихся на лечении и обследовании в кардиохирургическом стационаре.

Материал и методы. В исследование включались все пациенты (сплошная выборка), госпитализированные в отделение хирургического лечения интерактивной патологии НИМИЦ ССХ им. А. Н. Ба-

кулева в период сентября–декабря 2018 г. Помимо стандартного клинического обследования, проводилась оценка качества жизни и психологического статуса пациентов. Они заполняли стандартизированные опросники КЖ: SF-36 (The Short Form 36), Миннесотский опросник больных с хронической сердечной недостаточностью (XCH) (MLHFQ), Шкалу госпитальной тревоги и депрессии (HADS).

От всех пациентов получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В опроснике SF-36 предложены 8 критериев оценки показателей качества жизни: GH — общее состояние здоровья, PF — физическое функционирование, SF — социальное функционирование, RP — физическое состояние, RE — эмоциональное состояние, BP — интенсивность боли, VT — жизненная активность, MH — самооценка психического здоровья. Результаты представляются в виде оценок в баллах по всем шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни.

Качество жизни оценивалось также при помощи опросника MLHFQ, вопросы которого охватывают различные стороны КЖ пациента с XCH. Для ответа на каждый вопрос используется 6-пунктовая шкала Ликерта, соответствующая выраженности тех или иных нарушений в возрастающем порядке. Максимальная сумма баллов опросника — 105 — соответствует наилучшему, а 0 баллов — наихудшему качеству жизни.

Оценка психологического состояния пациента осуществлялась с учетом Шкалы госпитальной тревоги и депрессии (HADS), состоящей из 14 утверждений [13].

Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 10.0 Microsoft Office Excel 2010.

Исходно анализируемые данные проверены на нормальность распределения с помощью критерия Шапиро–Уилка. Установлено, что распределение всех параметров не описывается законом нормального распределения. Поэтому для дальнейшего анализа использовали методы непараметрической статистики. Значения представлены в виде $Me (Q1; Q3)$.

Для сравнения двух независимых выборок использовался непараметрический критерий Манна–Уитни; для сравнения нескольких независимых выборок — критерий Краскела–Уолисса, с поправкой Бонферрони на количество групп. Зависимость между показателями оценивалась при помощи непараметрического корреляционного анализа Спирмена. Значимыми учитывались корреляции средней ($R > 0,5$) и высокой степени ($R > 0,7$).

В исследовании участвовали 425 пациентов, из них 243 мужчины (57%) и 182 женщины (43%); медиана возраста составила 61 (54; 66) год. Клиническая характеристика, а также полученные данные, характеризующие качество жизни пациентов, степень их тревоги и депрессии, представлены в табл. 1.

Результаты. Как видно из табл. 1, общие показатели как физического, так и психологического компонента качества жизни по опроснику SF-36 снижены и составили: 36 (31; 44) и 39 (33; 48) соответственно. Обращают на себя внимание наиболее низкие показатели по шкалам ролевого физического функционирования (RP) и ролевого эмоционального функционирования (RE): 0 (0; 50) и 0 (0; 67) соответственно.

Клиническая характеристика пациентов

Параметры	Значение (n=425)
Пол:	
мужской	243 (57)
женский	182 (43)
Возраст, лет	61 (54; 66)
Выполнена операция	285 (67)
Открытая операция (из n=285)	66 (23)
ССЗ не подтверждено	38 (9)
НРС	170 (40)
ФП	98 (23)
Клапанная патология	68 (16)
ИБС	230 (54)
MLHFQ	35 (18; 52)
SF-36:	
PF	50 (30; 75)
RP	0 (0; 50)
BP	51 (41; 74)
GH	45 (35; 57)
VT	45 (35; 60)
SF	63 (50; 75)
RE	0 (0; 67)
MH	56 (44; 68)
физич. компонент (sum PH)	36 (31; 44)
психологич. компонент (sum MH)	39 (33; 48)
HADS:	
субшкала тревоги	7 (4; 10)
субшкала депрессии	6 (3; 9)

Примечание: ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания; НРС — нарушения ритма сердца; ФП — фибрилляция предсердий; ИБС — ишемическая болезнь сердца; MLHFQ — Миннесотский опросник больных с хронической сердечной недостаточностью; SF-36 — [опросник] The Short Form 36; GH — общее состояние здоровья; PF — физическое функционирование; SF — социальное функционирование; RP — физическое состояние; RE — эмоциональное состояние; BP — интенсивность боли; VT — жизненная активность; MH — самооценка психического здоровья; HADS — Шкала госпитальной тревоги и депрессии. Данные представлены в виде n (%) и Me (Q1; Q3).

По шкале HADS в общей группе пациентов медианные баллы по субшкале тревоги и по субшкале депрессии выявили пограничные значения между субклинической депрессией и тревогой и отсутствием их.

При сравнении групп по гендерному признаку выявлены статистически значимые отличия восприятия качества жизни по нескольким показателям как физического, так и психического компонента, а также по уровню тревоги и депрессии (табл. 2).

Для выявления связей между уровнем тревоги, депрессии и качеством жизни все пациенты были подразделены на три группы в зависимости от ре-

зультатов опросника по субшкалам HADS. Первую группу составили пациенты, набравшие 0–7 баллов по шкале HADS, у них отсутствуют симптомы тревоги и депрессии; во вторую группу вошли пациенты с субклинически выраженной тревогой и депрессией (8–10 баллов по шкале HADS), в третью группу вошли пациенты с клинически выраженной тревогой и депрессией (11 баллов и выше по шкале HADS). Полученные данные представлены в табл. 3, 4.

Обнаружено, что пациенты, находившиеся в состоянии клинической тревоги и депрессии, значительно хуже оценивали свое КЖ по всем шкалам опросника

Таблица 2

Клиническая характеристика и показатели шкал опросников у пациентов мужского и женского пола

Параметры	Женщины (n=182)	Мужчины (n=243)	p
Возраст, лет	60 (51; 65)	61 (53; 67)	0,771
Выполнена операция	62	70	0,068
Открытая операция (n=285), %	16	28	0,004

Параметры	Женщины (n=182)	Мужчины (n=243)	p
ССЗ не подтверждено	15	4	<0,001
НРС	44	37	0,138
ФП	22	24	0,607
Клапанная патология	13	18	0,142
ИБС	36	68	<0,001
SF-36:			
PF	45 (25; 65)	55 (35; 80)	0,002
RP	0 (0; 25)	0 (0; 75)	0,074
BP	41 (41; 74)	51 (41; 74)	0,030
GH	45 (35; 55)	45 (35; 57)	0,161
VT	45 (30; 60)	50 (35; 65)	0,032
SF	63 (38; 75)	64 (50; 88)	<0,001
RE	0 (0; 67)	0 (0; 100)	0,058
MH	52 (36; 64)	56 (48; 72)	<0,001
физический компонент (sum PH)	34 (39; 42)	37 (31; 45)	0,013
психологический компонент (sum MH)	38 (32; 45)	41 (34; 49)	0,003
MLHFQ	37 (24; 54)	34 (14; 49)	0,008
HADS:			
субшкала тревоги	9 (6; 12)	6 (3; 9)	<0,001
субшкала депрессии	7 (4; 10)	5 (3; 8)	<0,001

Примечание: ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания; НРС — нарушения ритма сердца; ФП — фибрилляция предсердий; ИБС — ишемическая болезнь сердца; MLHFQ — Миннесотский опросник больных с хронической сердечной недостаточностью; SF-36 — [опросник] The Short Form 36; GH — общее состояние здоровья; PF — физическое функционирование; SF — социальное функционирование; RP — физическое состояние; RE — эмоциональное состояние; BP — интенсивность боли; VT — жизненная активность; MH — самооценка психического здоровья; HADS — Шкала госпитальной тревоги и депрессии. Данные представлены в виде n (%) и Me (Q1; Q3).

Таблица 3

Показатели качества жизни пациентов в зависимости от выраженности тревоги

Параметры	Нет симптомов тревоги (n=221)	Субклинически выраженная тревога (n=106)	Клинически выраженная тревога (n=98)	p
SF-36:				
PF	60 (40; 85)	50 (30; 65)	35 (20; 55)	<0,001
RP	25 (0; 100)	0 (0; 25)	0 (0; 0)	<0,001
BP	62 (41; 84)	41 (41; 62)	41 (22; 51)	<0,001
GH	50 (40; 62)	45 (35; 55)	35 (30; 45)	<0,001
VT	55 (45; 70)	45 (35; 55)	30 (25; 45)	<0,001
SF	75 (50; 88)	63 (50; 75)	50 (38; 63)	<0,001
RE	33 (0; 100)	0 (0; 33)	0 (0; 0)	<0,001
MH	64 (52; 76)	52 (44; 60)	44 (32; 52)	<0,001
физич. компонент (sum PH)	40 (33; 49)	34 (30; 42)	31 (28; 36)	<0,001
психологич. компонент (sum MH)	44 (37; 52)	38 (32; 43)	33 (29; 38)	<0,001
MLHFQ	23 (11; 38)	39 (31; 55)	54 (37; 67)	<0,001

Примечание: SF-36 — [опросник] The Short Form 36; GH — общее состояние здоровья; PF — физическое функционирование; SF — социальное функционирование; RP — физическое состояние; RE — эмоциональное состояние; BP — интенсивность боли; VT — жизненная активность; MH — самооценка психического здоровья; MLHFQ — Миннесотский опросник больных с хронической сердечной недостаточностью. Данные представлены в виде Me (Q1; Q3).

Таблица 4

Показатели качества жизни пациентов в зависимости от выраженности депрессии, n (%)

Параметры	Нет симптомов депрессии (n=270)	Субклинически выраженная депрессия (n=86)	Клинически выраженная депрессия (n=69)	p
SF-36:				
PF	65 (40; 85)	40 (25; 50)	30 (15; 50)	<0,001

Параметры	Нет симптомов депрессии (n=270)	Субклинически выраженная депрессия (n=86)	Клинически выраженная депрессия (n=69)	p
RP	25 (0; 75)	0 (0; 25)	0 (0; 0)	<0,001
BP	61 (41; 84)	41 (41; 52)	41 (22; 42)	<0,001
GH	50 (40; 62)	40 (30; 50)	35 (25; 45)	<0,001
VT	55 (45; 65)	40 (30; 50)	30 (20; 40)	<0,001
SF	75 (50; 88)	50 (38; 75)	50 (38; 63)	<0,001
RE	33 (0; 100)	0 (0; 33)	0 (0; 0)	<0,001
MH	60 (52; 76)	48 (36; 56)	44 (28; 52)	<0,001
физич. компонент (sum PH)	40 (33; 49)	33 (28; 37)	30 (27; 34)	<0,001
психологич. компонент (sum MH)	42 (36; 51)	36 (31; 42)	34 (26; 39)	<0,001
MLHFQ	25 (12; 40)	49 (34; 63)	53 (36; 67)	<0,001

Примечание: SF-36 — [опросник] The Short Form 36; GH — общее состояние здоровья; PF — физическое функционирование; SF — социальное функционирование; RP — физическое состояние; RE — эмоциональное состояние; BP — интенсивность боли; VT — жизненная активность; MH — самооценка психического здоровья; MLHFQ — Миннесотский опросник больных с хронической сердечной недостаточностью. Данные представлены в виде Me (Q1; Q3).

Таблица 5

Избранные значимые корреляции между параметрами КЖ, уровнем тревоги и депрессии

Показатель 1	Показатель 2	Коэффициент корреляции Спирмена (R)
HADS (тревога)	MLHFQ	0,52
	VT	-0,59
	MH	-0,59
HADS (депрессия)	MLHFQ	0,61
	PF	-0,57
	GH	-0,54
	VT	-0,62
	SF	-0,53
	MH	-0,56

Примечание: HADS — Шкала госпитальной тревоги и депрессии; MLHFQ — Миннесотский опросник больных с хронической сердечной недостаточностью; GH — общее состояние здоровья; PF — физическое функционирование; SF — социальное функционирование; VT — жизненная активность; MH — самооценка психического здоровья.

SF-36 относительно группы пациентов с субклинической тревогой и депрессией, а те, в свою очередь, значимо хуже, чем группа без признаков тревоги и депрессии (рисунок: А-Г). Выраженность ХСН по опроснику MLHFQ также значимо отличается по группам (рисунок: Д, Е).

Корреляционный анализ внутри выделенных групп показал статистически значимые корреляционные связи средней силы между уровнем тревоги, депрессии и различными шкалами психического и физического функционирования (табл. 5).

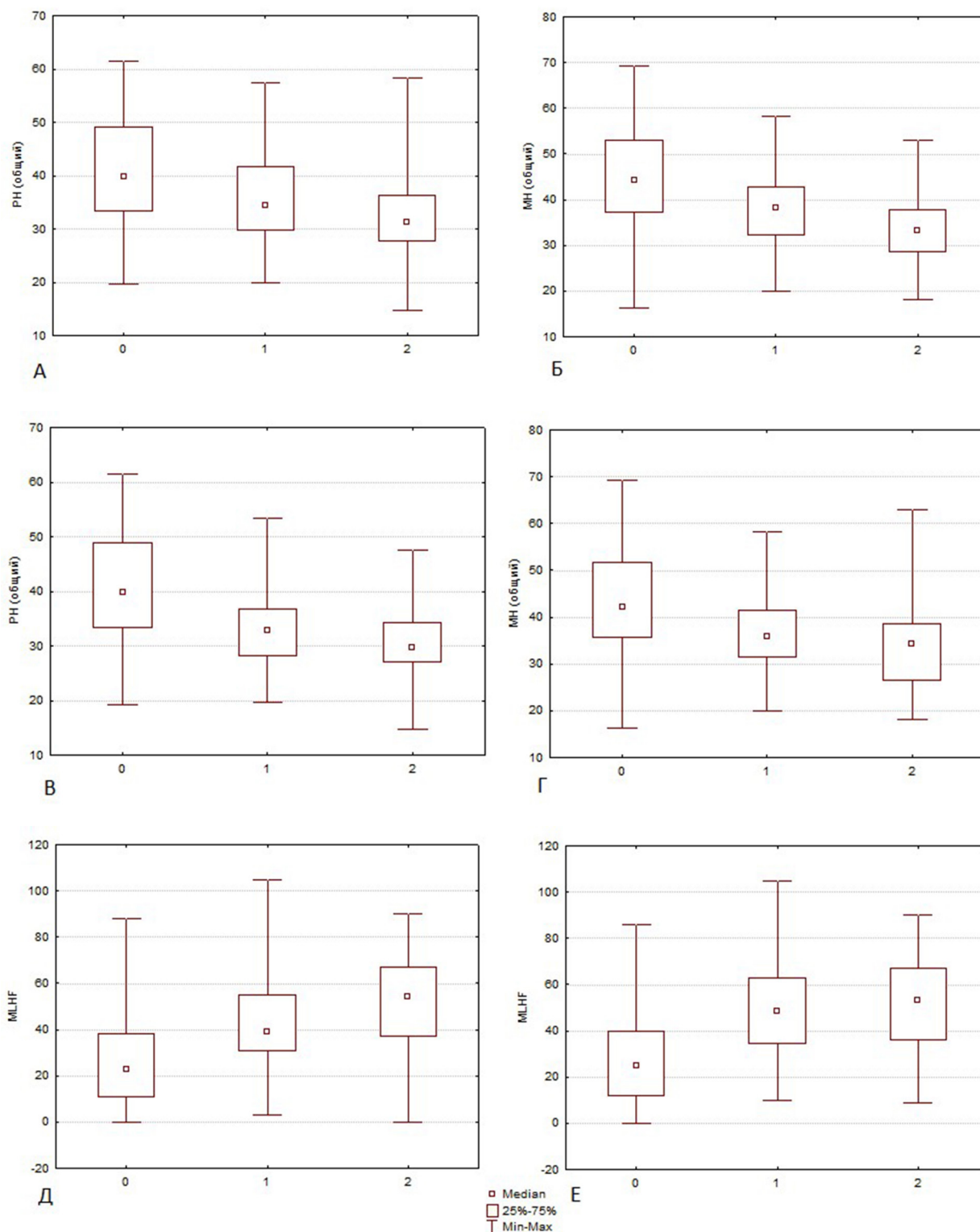
Обсуждение. Полученные в исследовании данные позволяют говорить о снижении уровня качества жизни у пациентов, находящихся на лечении в кардиохирургическом стационаре. По данным литературы, ССЗ оказывают существенное отрицательное влияние на физическое и психологическое состояние пациентов, изменяют его роль в социальной жизни [8].

Оценка самим пациентом качества жизни является очень важным показателем, который влияет на дальнейший прогноз течения болезни. Необходимо отметить, что в работе получены низкие показатели ролевого физического и эмоционального функционирования. Эти данные свидетельствуют о том, что негативное эмоциональное состояние и плохое физическое само-

чувствие опрошенных нарушают их повседневную деятельность. У пациентов снижается качество и объем выполненных повседневных дел, увеличиваются временные затраты на их выполнение, пациенты теряют контроль над своим состоянием. Очевидно, что это ведет к низким оценкам качества жизни, ухудшает их психоэмоциональный статус [11].

Депрессия широко распространена среди пациентов кардиологического профиля и встречается чаще, чем в общей популяции [12, 13]. Часто она носит хронический характер и ухудшает течение и прогноз заболевания [6]. У 204 пациентов, включенных в исследование, выявлены признаки тревоги, у 155 — признаки депрессии. Учитывая полученные данные, становится очевидным, что пациентам, которые проходили лечение в кардиохирургическом стационаре, в том числе после проведенной высокотехнологичной медицинской помощи, необходима психологическая, социальная поддержка и помощь. Это позволит улучшить прогноз, результаты лечения и приверженность к назначенной терапии [14, 15].

На основании результатов проведенного исследования подтверждено влияние психоэмоционального состояния пациентов на уровень их качества жизни.



Уровни суммарного физического (PH общий) и психологического компонентов (MH общий) опросника SF-36 в зависимости от выраженности тревоги (А, Б) и депрессии (В, Г), а также выраженность ХСН по опроснику MLHFQ (Д — тревога), (Е — депрессия): 0 — нет симптомов, 1 — субклинические проявления, 2 — клинически выраженное состояние

С повышением уровня тревоги и депрессии показатели КЖ снижались и свидетельствовали об ухудшении как физического, так и психологического компонента здоровья. Женщины продемонстрировали более низкие оценки КЖ по всем шкалам и повышенный уровень депрессии по сравнению с мужчинами, при-

чем мужчины имели более тяжелый нозологический статус. Полученные показатели сопоставимы с данными литературы, свидетельствующими, что наиболее часто от депрессии страдают лица молодого возраста, женщины и пациенты с ранее диагностированными случаями депрессии [6, 16].

Как известно, не всегда уровень тревоги и депрессии зависит от тяжести сердечно-сосудистой патологии. Нередко пациенты с отсутствием тяжелого заболевания имеют высокий уровень тревоги и депрессии и низкие показатели КЖ [8]. Депрессия является независимым фактором риска развития кардиальной патологии, поэтому пациентам с высоким уровнем депрессии также необходима поддержка специалиста [17–20].

Оказание психологической помощи пациентам с ССЗ заключается в повышении адаптационного потенциала, который характеризуется совокупностью индивидуальных признаков, обеспечивающих эффективность адаптации человека, в том числе во время болезни. Совершенствование осознанной регуляторной деятельности, развитие личностных и межличностных ресурсов адаптации, достижение состояния внутриличностной и межличностной гармонии, уменьшение влияния факторов кардиального риска, улучшение качества жизни повышают адаптационный потенциал личности [9].

Сегодня существуют эффективные и безопасные методы лечения депрессии у пациентов с кардиологическими заболеваниями, поэтому при неэффективности оказываемой поддержки целесообразна разработка индивидуальной программы лечения совместно с психиатром [4, 6, 17, 20].

Заключение. Большая часть пациентов, поступающих в кардиохирургический стационар, имеют клинически выраженные тревогу и депрессию, причем более выраженные они у женщин. Данный психоэмоциональный статус связан с негативной оценкой общего состояния своего здоровья.

Оценка качества жизни пациентов и их психологического статуса является необходимой составляющей комплексного подхода к ведению пациентов кардиохирургического профиля. Снижение уровня тревоги и депрессии позволит повысить показатели качества жизни пациентов и улучшить результаты как медикаментозного, так и хирургического лечения.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках Гранта Минобрнауки, уникальный идентификатор соглашения RFMEFI60717X0192, номер 14.607.21.0192.

References (Литература)

1. Naghavi M, Wang H, Lozano R, et al. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 385: 117–71. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61682-2.
2. The demographic yearbook of Russia 2015: Stat. Handbook. Moscow: Rosstat, 2015; 263 p. Russian (Демографический ежегодник России 2015: стат. сб. М.: Росстат, 2015; 263 с.).
3. Cardiovascular prevention 2017: National guidelines. *Russ J Cardiol* 2018; 23 (6): 7–122. Russian (Кардиоваскулярная профилактика 2017: Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал 2018; (6): 7–122. DOI: 10.15829/1560-4071-2018-6-7-122).
4. Kopylov FYu. Depressive disorders in cardiology practice: diagnosis and treatment. *Clinician* 2013; (2): 81–7. Russian (Копылов Ф.Ю. Диагностика и лечение депрессивных расстройств в кардиологической практике: диагноз и лечение. *Клиницист* 2013; (2): 81–7).
5. Weiss J. Psychocardiology: one heart and one soul. *Dtsch Med Wochenschr* 2010; 135 (3): 2. DOI: 10.1055/s-0030-1247666.
6. Vinokurov EV, Sobennikov VS. Depression and heart disease (literature review). *Acta biomedica scientifica* 2017; 2 (4):

63–7. Russian (Винокуров Е.В., Собенников В.С. Депрессия и кардиологические заболевания (обзор литературы). *Acta biomedica scientifica* 2017; 2 (4): 63–7. DOI: 10.12737/article_59fad516bdb3e0.52521063).

7. Penninx B. Depression and cardiovascular disease: Epidemiological evidence on their linking mechanisms. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 74 (Pt B): 277–286. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2016.07.003.

8. Hare D, Toukhsati S, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *Eur Heart J* 2014; 35 (21): 1365–72. DOI: 10.1093/eurheartj/eh462.

9. Lazareva EYu. Clinical and psychological characteristics of the adaptation potential of the individual in patients with cardiovascular diseases: PhD diss. *Cheboksary*, 2016; 189 p. Russian (Лазарева Е.Ю. Клинико-психологические особенности адаптационного потенциала личности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: дис. ... канд. психол. наук, Чебоксары, 2016; 189 с.).

10. Novik AA, Ionova TI. Guide to the study of the quality of life in medicine. St. Petersburg: Neva; M.: Olma-Press Zvezdnyi Mir, 2002; 320 p. Russian (Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.: Нева; М.: Олма-Пресс Звездный мир, 2002. 320 с.).

11. Arantes E, Dessotte C, Dantas R, Rossi L, Furuya R. Educational program for coronary artery disease patients: results after one year. *Rev Bras Enferm* 2018; 71 (6): 2938–44. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0280.

12. Pogosova NV, Boitsov SA, Oganov RG, et al. On Behalf of Investigators from 30 Centers in Russia: Clinical-Epidemiological Program of Studying Psychosocial Risk Factors in Cardiologic Practice in Patients with Arterial Hypertension and Ischemic Heart Disease: First Results of a Multicenter Study in Russia. *Cardiology* 2018; 58 (9): 47–58. Russian (Погосова Н.В., Бойцов С.А., Оганов Р. и др. От имени исследователей 30 российских центров: Клинико-эпидемиологическая программа изучения психосоциальных факторов риска в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КОМЕТА): первые результаты российского многоцентрового исследования. *Кардиология* 2018; 58 (9): 47–58. DOI: 10.18087/cardio.2018.9.1017).

13. Ivanchenko DN, Dorofeeva NP, Shlyk SV. Depressive disorders in patients with cardiovascular disease: determining the prognosis. *Medical Herald of the South of Russia* 2016; (1): 28–32. Russian (Иванченко Д.Н., Дорофеева Н.П., Шлык С.В. Депрессивные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: влияние на прогноз. *Медицинский вестник Юга России* 2016; (1): 28–32. DOI: 10.21886/2219-8075-2016-1-28-32).

14. Danilov DS. Therapeutic collaboration (compliance): Content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics* 2014; (2): 4–12. Russian (Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика* 2014; (2): 4–12. DOI: 10.14412/2074-2711-2014-2-4-12).

15. Beresnevait M, Benetis R, Taylor G, et al. Depression predicts perioperative outcomes following coronary artery bypass graft surgery. *Scand Cardiovasc J* 2010; 44 (5): 289–94. DOI: 10.3109/14017431.2010.490593.

16. Whang W, Kubzansky L, Kawachi I, et al. Depression and risk of sudden cardiac death and coronary heart disease in women: Results from the nurses' health study. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53 (11): 950–8. DOI: 10.1016/j.jacc.2008.10.060.

17. Celano C, Huffman J. Depression and cardiac disease: a review. *Cardiol Rev* 2011; 19 (3): 130–42. DOI: 10.1097/CRD.0b013e31820e8106.

18. Leung Y, Flora D, Gravely S, et al. The impact of pre-morbid and post-morbid depression onset on mortality and cardiac morbidity among patients with coronary heart disease: meta-analysis. *Psychosom Med* 2012; 74 (8): 786–801. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31826dbed.

19. Van der Kooy K, Van Hout H, Marwijk H, et al. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22 (7): 613–26. DOI: 10.1002/gps.1723.

20. Carney R, Freedland K, Miller G, Jaffe A. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: A review of potential mechanism. *J Psychosom Res* 2002; 53: 897–902. DOI: 10.1016/S0022-3999(02)00311-2.