



Клинические особенности ишемической болезни сердца и 5-летняя выживаемость больных после перенесенного инфаркта миокарда на фоне депрессивных расстройств

Т.Г. Нонка[✉], Е.В. Лебедева, А.Н. Репин

ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск, Россия

Аннотация

Цель. Изучить влияние депрессивного расстройства (ДР) на клиническое течение и отдаленный прогноз пациентов после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Обследован 101 пациент со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС) с перенесенным ИМ давностью более полугода: 67 больных с ИБС с депрессией (1-я группа) и 34 больных с ИБС без депрессии (2-я группа). Клинические симптомы коронарной болезни оценивались по жалобам, дневникам самоконтроля и пробам с физической нагрузкой. Наличие и выраженность ДР определялись с помощью шкал BDI (шкала депрессии Бека), HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии) и заключения психиатра. Информация о 5-летней выживаемости получена методом телефонного интервью с пациентами и их родственниками.

Результаты. У больных с ИБС с ДР в сравнении с пациентами без ДР по дневникам самоконтроля выявлены более частые приступы стенокардии – 9 [6; 12] vs 6 [4; 7] в неделю ($p=0,0001$), большая потребность в приеме сублингвальных нитратов – 2 [0; 9] таблетки vs 0 [0; 4] таблеток ($p=0,0001$). На фоне ДР отмечено значительное снижение толерантности к физической нагрузке: по тесту 6-минутной ходьбы – 370 [250; 450] м vs 435 [350; 500] м ($p=0,04$), по результатам велоэргометрии – 50 [25; 75] Вт vs 75 [50; 75] Вт ($p=0,03$). У пациентов с сочетанной патологией (ИБС и ДР) отмечалось большее число летальных исходов – 13 (19,4%) vs 2 (5,9%) соответственно, выжили 54 (80,6%) vs 32 (94,1%) пациентов (критерий Гехана–Уилкоксона, $p=0,04$).

Заключение. Коморбидность ИБС и ДР приводит к ухудшению клинического течения коронарной болезни и прогноза выживаемости больных, что актуализирует необходимость верификации диагноза ДР и своевременного назначения антидепрессивной терапии.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, депрессивные расстройства, выживаемость, смертность

Для цитирования: Нонка Т.Г., Лебедева Е.В., Репин А.Н. Клинические особенности ишемической болезни сердца и 5-летняя выживаемость больных после перенесенного инфаркта миокарда на фоне депрессивных расстройств. Терапевтический архив. 2024;96(1):17–21. DOI: 10.26442/00403660.2024.01.202560

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2024 г.

ORIGINAL ARTICLE

Clinical features of coronary artery disease and 5-year survival of patients after myocardial infarction against the background of depressive disorders

Tatiana G. Nonka[✉], Elena V. Lebedeva, Alexey N. Repin

Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia

Abstract

Aim. To assess the features of the clinical picture of coronary artery disease (CAD) and the prognosis of patients with myocardial infarction with depressive disorder (DD).

Materials and methods. We examined 101 patients with stable CAD who had myocardial infarction more than six months ago: 67 CAD patients with depression (Group 1) and 34 CAD patients without depression (Group 2). The clinical picture of CAD was assessed by complaints, angina self-monitoring diaries, and exercise tests. The presence and severity of DD was determined using psychometric scales: BDI (Beck Depression Scale), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) and the opinion of a psychiatrist. Five-year survival information was obtained through telephone interviews with patients and their relatives.

Results. In patients with CAD and DD in comparison with patients without DD self-monitoring diaries revealed more frequent angina attacks: 9 [6; 12] vs 6 [4; 7] per week ($p=0.0001$), the greater need for sublingual nitrates: 2 [0; 9] pills vs 0 [0; 4] pills ($p=0.0001$). DD significantly reduced exercise tolerance: 370 [250; 450] meters vs 435 [350; 500] meters using the six-minute walk test ($p=0.04$), according to the results of bicycle ergometry – 50 [25; 75] W vs 75 [50; 75] W ($p=0.03$). After 5 years of follow-up patients with comorbidities (CAD and DD) had a greater number of deaths: 13 (19.4%) vs 2 (5.9%), respectively, survived – 54 (80.6%) vs 32 (94.1%) (Gehan–Wilcoxon test, $p=0.04$).

Conclusion. The comorbidity CAD and DD leads to a worsening of the clinical course of CAD and prognosis, which actualizes the need for verification of the diagnosis of DD and timely prescription of antidepressant therapy.

Keywords: coronary artery disease, depressive disorders, survival, mortality

For citation: Nonka TG, Lebedeva EV, Repin AN. Clinical features of coronary artery disease and 5-year survival of patients after myocardial infarction against the background of depressive disorders. Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.). 2024;96(1):17–21. DOI: 10.26442/00403660.2024.01.202560

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]Нонка Татьяна Геннадьевна – канд. мед. наук, науч. сотр. отделения общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний Научно-исследовательского института кардиологии. E-mail: tatiananonka@gmail.com; ORCID: 0000-0002-7913-3732

Лебедева Елена Владимировна – д-р мед. наук, науч. сотр. отделения общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний Научно-исследовательского института кардиологии, ст. науч. сотр. отделения аффективных состояний Научно-исследовательского института психического здоровья. ORCID: 0000-0001-6117-6454

[✉]Tatiana G. Nonka. E-mail: tatiananonka@gmail.com; ORCID: 0000-0002-7913-3732

Elena V. Lebedeva. ORCID: 0000-0001-6117-6454

Введение

В настоящее время вызывает широкий научный и практический интерес взаимосвязь между ишемической болезнью сердца (ИБС) и депрессивными расстройствами (ДР). В докладе Всемирной организации здравоохранения отмечено, что к 2030 г. ожидается лидерство ИБС и депрессии в качестве причин смертности и нетрудоспособности населения [1, 2]. По данным статистики, за последние 10 лет (с 2007 по 2017 г.) число случаев ДР в мире увеличилось на 17,8% и составило 264 млн [3]. При этом на фоне депрессии (даже субклинической) увеличивается 10-летний риск развития сердечно-сосудистых осложнений у больных низкого и умеренного риска в 3–7 раз [4]. Особенно высока смертность в течение депрессивного эпизода (2 года) [5]. После острого инфаркта миокарда (ИМ) ДР констатируются в 40%, и при такой сочетанной патологии риск смерти значительно возрастает (в 6 раз) [6]. Не все больные сообщают о психологических нарушениях врачам, что вызывает скрытое течение депрессии с отсутствием как диагноза, так и лечения психического расстройства [7]. Одной из причин развития сердечно-сосудистых катастроф у этой категории больных является невыполнение врачебных рекомендаций по здоровому образу жизни и базовой терапии [5, 8]. В европейском руководстве по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний 2021 г. рекомендуется: пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и повышенным уровнем стресса направить к специалистам по психотерапевтическому управлению стрессом для улучшения исходов сердечно-сосудистых заболеваний и уменьшения симптомов стресса [9]. Не вызывает сомнений актуальность дальнейшего изучения проблемы коморбидности ИБС и ДР.

Цель исследования – оценить особенности клинической картины и 5-летнюю выживаемость больных с ИБС после перенесенного ИМ на фоне ДР.

Материалы и методы

Исследование выполнено в рамках государственного задания комплексной темы НИР АААА-А19-119020690013-2 «Комплексное исследование клинико-психопатологических закономерностей и патобиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики»; протокол №115 от 26.11.2018, дело №115/1.2018. На стационарном этапе после подписания информированных согласий обследован 101 пациент со стабильной ИБС, с перенесенным в анамнезе ИМ более полугода назад. Больные разделены на 2 группы: 1-я группа включала 67 пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС) и естественным течением ДР, категорически отказавшихся от терапии антидепрессантами по разным причинам (нежелание принимать «лишние» лекарства, отрицание ДР, финансовые затруднения и др.); 2-я группа – 34 пациентов с КБС без депрессии. Для скрининга и уровня ДР использовались Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS): при 8 баллах выставлялось вероятное ДР, а также шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI):

диагностическим считался уровень более 19 баллов. Валидность, чувствительность и специфичность психометрических шкал (HADS, BDI) продемонстрированы в недавно проведенном исследовании [10]. Подтверждение диагноза депрессии осуществлял врач-психиатр в соответствии с диагностическими критериями по Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Для оценки влияния ДР на клиническую картину ИБС пациенты вели дневник самоконтроля стенокардии, куда самостоятельно записывали появление ангинозной боли и прием нитроглицерина. Проводили также пробы с физической нагрузкой (велоэргометрию, тест 6-минутной ходьбы). Функциональный класс стенокардии выставлялся по жалобам, данным дневниковых записей и результатам велоэргометрии (Вт). Через 5 лет после выписки из стационара проводился анализ медицинской документации и телефонное интервью с пациентами и их родственниками, на основании чего получена информация о выживаемости. Пациенты, наблюдавшиеся до 5 лет и выбывшие из-под контроля по неизвестным причинам, относились к цензурированным.

Статистический анализ проводился согласно закону нормального распределения. В случае подчинения количественных данных закону результаты представлялись в виде $M \pm SD$, для проверки достоверности использовался *t*-критерий, для сравнения групп – *t*-критерий Стьюдента. При неподчинении закону проводился непараметрический анализ (*Me* [25%; 75%], критерий Манна–Уитни). Таблицы сопряженности и критерий χ^2 мы применяли для сравнения качественных переменных. Для оценки выживаемости использовался критерий Гехана–Уилкоксона, метод Каплана–Мейера, данные представлены графически. Статистически значимым считался $p < 0,05$.

Результаты

Возрастных и половых различий в группах не отмечалось. В 1-ю группу включены 58 мужчин и 9 женщин, во 2-ю – 31 мужчина и 3 женщины ($p=0,5$), средний возраст – $58,1 \pm 7,3$ года против $57,5 \pm 7,4$ года соответственно ($p=0,7$). При обследовании определялась сопоставимая клиническая характеристика больных с депрессией и без ДР (табл. 1).

Пациенты получали стандартную терапию КБС без различий по группам (табл. 2).

Получены следующие результаты тестирования психометрическими шкалами: HADS – $8,9 \pm 2,4$ балла vs $4,8 \pm 1,9$ балла ($p=0,0001$), BDI – $21,5 \pm 5,4$ балла vs $16,0 \pm 5,1$ балла в 1 и 2-й группах соответственно ($p=0,000005$). Синдромально ДР у пациентов после перенесенного ИМ представлены следующим образом. Преобладал тревожно-депрессивный синдром (61,2%, $n=41$), у 18% ($n=12$) больных имели место раздражительность и гневливость (дисфорический синдром), у 13,4% ($n=9$) – астенодепрессивная симптоматика, 6% – депрессивный синдром ($n=4$), 1,5% – смешанный ($n=1$).

Первые возникшие депрессивные эпизоды выявлены у 29,8% ($n=20$). Повторные депрессивные эпизоды обнаружены в рамках диагнозов: рекуррентное ДР – 16,4% случаев ($n=11$), а также биполярное аффективное расстрой-

Информация об авторах / Information about the authors

Репин Алексей Николаевич – д-р мед. наук, проф., рук. отделения общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний Научно-исследовательского института кардиологии. ORCID: 0000-0001-7123-0645

Alexey N. Repin. ORCID: 0000-0001-7123-0645

Таблица 1. Клиническая характеристика групп
Table 1. Clinical characteristics of groups

Показатели	Группа		p
	1-я (n=67)	2-я (n=34)	
Давность ИМ, мес (Me [25%; 75%])	37,5 [12; 96]	24 [7; 72]	0,2
Гипертоническая болезнь, абс. (%)	67 (100)	34 (100)	1,0
Стаж гипертонической болезни, мес (Me [25%; 75%])	108 [24; 180]	90 [36; 132]	0,8
Курение, абс.	32	15	0,7
Индекс массы тела, кг/м ² (M±SD)	28,9±4,5	28,5±3,5	0,9
Фракция выброса, В-режим, % (M±SD)	61,5 [53; 68]	63,5 [54; 67]	0,8
Общий холестерин, ммоль/л (Me [25%; 75%])	5,3 [4,4; 6,3]	5,3 [4,6; 6,3]	0,8
Триглицериды, ммоль/л (Me [25%; 75%])	1,8 [1,3; 2,3]	1,6 [1,4; 2,0]	0,5
Чрескожное коронарное вмешательство в анамнезе, абс.	49	27	0,5
Функциональный класс стенокардии, абс.			
II	45	26	0,3
III	22	8	0,3
Систолическое артериальное давление, мм рт. ст. (M±SD)	121 [110; 130]	121 [112; 124]	0,9
Диастолическое артериальное давление, мм рт. ст. (Me [25%; 75%])	77 [70; 82]	76 [73; 78]	0,7
Средний пульс в минуту	64 [61; 67]	65 [62; 71]	0,3

ство в 15% случаев (n=10), в том числе циклотимия (n=1). В 38,8% случаев (n=26) диагностирована дистимия (хроническое ДР). Медианная длительность дистимии составила 10 [5; 10] лет.

В 7 случаях (10,4%) зафиксирована «двойная» депрессия, т.е. депрессивный эпизод развился на фоне дистимии.

По степени тяжести депрессивные эпизоды (n=41) оказались представлены следующим образом: легкие 7,3% (n=3), умеренные без соматических симптомов – 34,1% (n=14), умеренные с соматическими симптомами – 58,5% (n=24).

Медианная длительность рекуррентного и биполярного аффективных расстройств составила 9 [1; 20] лет. Медианная продолжительность текущего депрессивного эпизода оказалась 6 [2; 12] мес. Только около 1/3 больных ранее обращались к психиатрам, но по разным причинам на момент госпитализации в кардиологический стационар не принимали назначенное лечение.

Таблица 2. Сравнительная характеристика терапии КБС
Table 2. Comparative characteristics of coronary disease therapy

Препараты	Группа, абс. (%)		p
	1-я (n=67)	2-я (n=34)	
β-Адреноблокаторы	64 (95,5)	32 (94,1)	0,8
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента	63 (94)	31 (91,2)	0,6
Дезагреганты	67 (100)	34 (100)	1,0
Статины	66 (98,5)	34 (100)	0,5
Антагонисты кальция	17 (25,4)	7 (20,6)	0,6
Нитраты	1 (1,5)	1 (2,9)	0,6
Диуретики	16 (23,9)	5 (14,7)	0,3

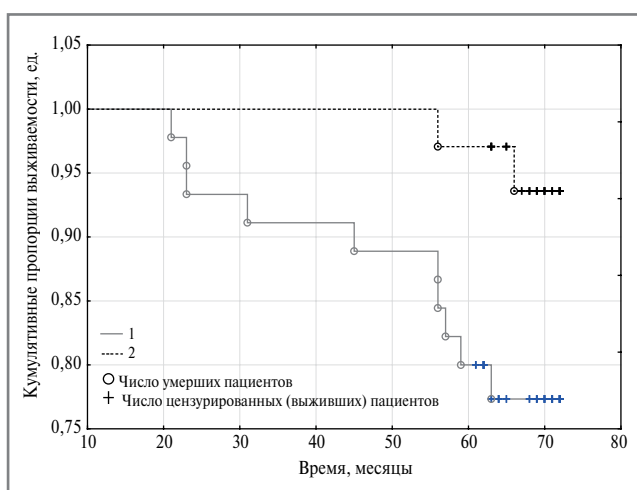


Рис. 1. График выживаемости по методу Каплана–Мейера больных с ИБС с ДР (1) в сравнении с пациентами с ИБС без ДР (2).

Fig. 1. Analysis of Kaplan–Meier survival in coronary artery disease patients with depressive disorder (1) compared with coronary artery disease patients without depressive disorder (2).

Пациенты обеих групп были сопоставимы по функциональному классу стенокардии напряжения, однако у пациентов с ИБС и ДР в сравнении с пациентами без ДР по дневникам самоконтроля выявлены более частые приступы стенокардии: 9 [6; 12] vs 6 [4; 7] в неделю (p=0,0001), большая потребность в приеме сублингвальных нитратов: 2 [0; 9] таблетки vs 0 [0; 4] таблеток (p=0,0001). На фоне ДР отмечено значительное снижение толерантности к физической нагрузке: по тесту 6-минутной ходьбы – 370 [250; 450] м vs 435 [350; 500] м (p=0,04), по результатам велоэргометрии – 50 [25; 75] Вт vs 75 [50; 75] Вт (p=0,03).

Через 5 лет наблюдения мы оценивали 5-летнюю выживаемость больных при анализе медицинской документации и телефонном интервью с пациентами и их родственниками. При анализе информации выживших больных оказалось 86 (85,1%), умерли 15 больных (14,9%). У лиц с сочетанной патологией (ИБС и ДР) отмечалось большее число летальных исходов – 13 (19,4%) vs 2 (5,9%) соответственно, выжили 54 (80,6%) vs 32 (94,1%) пациентов (критерий Гехана–Уилкоксона; p=0,04).

При графическом представлении выживаемости по методу Каплана–Мейера также выявлено значимое различие (рис. 1).

Обсуждение

В мировой науке широко представлены данные исследований, доказавших, что ДР выступают в качестве предиктора сердечно-сосудистой смертности (ENRICH [11], Cardiovascular Health Study [12], INTERHEART [13], MONICA [14], SADHEART [15]). В основном в этих исследованиях принимали участие больные с острым коронарным синдромом. В то же время в литературе мало работ по изучению влияния ДР на течение КБС и прогноз больных в отдаленный период. Именно поэтому когортой наших пациентов стала группа лиц со стабильной стенокардией в постинфарктный период давностью более 6 мес с оценкой прогноза через 5 лет. В настоящее время для диагностики аффективных расстройств существует достаточно широкий арсенал психометрических шкал и тестов разного уровня. Для скрининга депрессивных расстройств у наших больных мы использовали шкалы BDI, HADS – одни из самых распространенных и стандартизированных опросников [16]. После консультации психиатра-психотерапевта выявлено, что у пациентов с ИБС чаще встречаются депрессивные эпизоды средней степени тяжести (впервые возникшие и повторяющиеся). Имеются особенности течения ИБС на фоне ДР. Так, более тяжелая картина КБС отмечена у лиц с ИБС в сочетании с ДР, о чем свидетельствовали данные дневниковых записей больных (у пациентов с депрессией присутствовали частые жалобы на ангинозные боли, требующие сублингвального приема нитратов) и велоэргометрической пробы, а также теста 6-минутной ходьбы. Подобные особенности клинического течения ИБС у пациентов с депрессией описаны и ранее в ряде работ [4, 16]. Однако отдаленный прогноз больных с хронической ИБС не анализировался. Мы оценили 5-летнюю выживаемость пациентов с ИБС, коморбидной с ДР, с помощью метода Каплана–Мейера: выживаемость в данной группе оказалась значительно ниже. В литературе описываются общие патогенетические механизмы, которые могли повлиять на летальность. Во-первых, на фоне ДР увеличивается риск тромбообразования и, как следствие, развивается осложненное течение КБС в виде нестабильной стенокардии, ИМ [17, 18]. Во-вторых, в литературе отмечена вегетативная дисфункция и гиперактивация симпатoadреналовой системы, что влечет за собой появление жизнеугрожающих аритмий и повышает риск внезапной смерти [19–21]. Существуют также общие генетические механизмы, нейроэндокринные нарушения, изменения в иммунной системе и другие теории [22]. Кроме того, психосоциальные факторы могут выступать как барьеры в соблюдении здорового образа жизни, в приверженности терапии основного заболевания, соответственно дополнительно ухудшается и качество жизни, и прогноз выживаемости таких больных.

Итак, результаты нашего исследования показывают, что ДР негативно влияют как на клиническое течение КБС, так и на смертельный прогноз пациентов после перенесенного ИМ. Ограничением текущего исследования является отсутствие группы больных с ДР, получавших антидепрес-

сивную терапию для оценки влияния на прогноз в данной группе пациентов с ИБС. Мы планируем провести такой анализ в будущих работах.

Число пациентов с ИБС, коморбидной с ДР, увеличивается с каждым годом, что требует ранней диагностики аффективных расстройств, совместного ведения таких больных междисциплинарной командой кардиологов и психиатров. Пристальное наблюдение и лечение пациентов с ИБС в сочетании с депрессией совместной командой сможет снизить летальность, серьезно улучшить отдаленный прогноз после перенесенного ИМ.

Заключение

Коморбидность ИБС и ДР приводит к ухудшению клинического течения КБС и прогноза выживаемости больных, что актуализирует необходимость верификации диагноза ДР и своевременного назначения антидепрессантов. Целесообразно совместное наблюдение и лечение больных с ИБС в сочетании с депрессией врачом-кардиологом и психиатром для повышения выживаемости данной категории больных.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information.

Соответствие принципам этики. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом НИИ кардиологии Томского НИМЦ, протокол №177 от 30.10.2018. Одобрение и процедуру проведения протокола получали по принципам Хельсинкской конвенции.

Ethics approval. The study was approved by the local ethics committee of Tomsk National Research Medical Center, Tomsk, Russia, Protocol №177, 30.10.2018. The approval and procedure for the protocol were obtained in accordance with the principles of the Helsinki Convention.

Список сокращений

ДР – депрессивное расстройство
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИМ – инфаркт миокарда
КБС – коронарная болезнь сердца

BDA (Beck Depression Inventory) – шкала депрессии Бека
HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) – Госпитальная шкала тревоги и депрессии

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Patel H, Mazur W, Williams KASr, Kalra DK. Myocardial viability-State of the art: Is it still relevant and how to best assess it with imaging? *Trends Cardiovasc Med*. 2018;28(1):24-37. DOI:10.1016/j.tcm.2017.07.001
2. Khandaker GM, Zuber V, Rees JMB, et al. Shared mechanisms between coronary heart disease and depression: Findings from a large UK general population-based cohort. *Mol Psychiatry*. 2020;25(7):1477-86. DOI:10.1038/s41380-019-0395-3
3. Психическое здоровье. Информационный бюллетень ВОЗ от 3 октября 2019. Женева. ВОЗ. Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>. Ссылка активна на 20.11.2023 [Mental health. WHO newsletter dated October 3, 2019. Geneva. WHO. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>. Accessed: 20.11.2023 (in Russian)].
4. Смирнова М.Д., Фофанова Т.В., Свирида О.Н., и др. Психологический статус больных и развитие сердечно-сосудистых осложнений у больных артериальной гипертензией с низким и умеренным риском по данным десятилетнего наблюдения. *Кардиологический вестник*. 2020;15(2):57-62 [Smirnova MD, Fofanova TV, Svirida ON, et al. Psychological status of patients and development of cardiovascular complications in patients with arterial hypertension with low and moderate risk by data of ten-year observation. *Russian Cardiology Bulletin = Kardiologicheskii Vestnik*. 2020;15(2):57-62 (in Russian)]. DOI:10.36396/MS.2020.10.34/008
5. Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., и др. Влияние аффективных расстройств с различным риском суицидального поведения на выживание больных, получающих консервативную терапию хронической ИБС и проживающих в Томске и Томской области. *Суицидология*. 2017;8(3):84-93 [Lebedeva EV, Schastnyy ED, Simutkin GG, et al. Influence of affective disorders with different risk of suicidal behavior on survival of patients receiving conservative therapy of chronic coronary artery disease. *Suicidology*. 2017;8(3):84-93 (in Russian)].
6. Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А., Фишер Я.А., и др. Влияние депрессивной симптоматики на риск смерти от всех причин у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, перенесших сердечную ресинхронизирующую терапию. *Кардиология*. 2019;59(1):5-11 [Pushkarev GS, Kuznetsov VA, Fisher YA, et al. Effect of depressive symptoms on the risk of death from all causes in patients with chronic heart failure who underwent cardiac resynchronization therapy. *Cardiology*. 2019;59(1):5-11 (in Russian)]. DOI:10.18087/cardio.2019.1.10211
7. Arat S, de Cock D, Moons P, et al. Modifiable correlates of illness perceptions in adults with chronic somatic conditions: A systematic review. *Res Nurs Health*. 2018;41(2):173-84. DOI:10.1002/nur.21852
8. Doyle F, McGee H, Conroy R, et al. Systematic review and individual patient data meta-analysis of sex differences in depression and prognosis in persons with myocardial infarction: A MINDMAPS study. *Psychosom Med*. 2015;77(4):419-28. DOI:10.1097/PSY.0000000000000174
9. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al.; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Prev Cardiol*. 2022;29(1):5-115. DOI:10.1093/eurjpc/zwab154
10. Андрущенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CESD, BDI и HADS в диагностике депрессий в общемединской практике. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2003;5:11-8 [Andryushchenko AV, Drobizhev MYu, Dobrovolsky AV. Comparative evaluation of the CESD, BDI and HADS scales in the diagnosis of depression in general medical practice. *Journal of Neurology and Psychiatry*. 2003;5:11-8 (in Russian)].
11. Taylor CB, Youngblood ME, Catellier D, et al.; ENRICHD trial. Effects of antidepressant medication on morbidity and mortality in depressed patients after myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(7):792-8. DOI:10.1001/archpsyc.62.7.792
12. Ariyo AA, Haan M, Tangen CM, et al. Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. For the Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. *Circulation*. 2000;102(15):1773-9. DOI:10.1161/01.cir.102.15.1773
13. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al.; INTERHEART Study Investigators. Obesity and the risk of myocardial infarction in 27,000 participants from 52 countries: A case-control study. *Lancet*. 2005;366(9497):1640-9. DOI:10.1016/S0140-6736(05)67663-5
14. Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Восьмилетнее изучение влияния депрессии на риск возникновения инфаркта миокарда в популяции мужчин 25–64 лет (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ MONICA). *Терапевтический архив*. 2005;77(9):60-4 [Gafarov VV, Gromova EA, Gagulin IV, Gafarova AV. An eight-year study of the effect of depression on the risk of myocardial infarction in a population of men aged 25–64 years (an epidemiological study based on the WHO MONICA program). *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2005;77(9):60-4 (in Russian)]. PMID:16281492
15. Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, 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):701-9. DOI:10.1001/jama.288.6.701
16. Ren Y, Yang H, Browning C, et al. Performance of screening tools in detecting major depressive disorder among patients with coronary heart disease: A systematic review. *Med Sci Monit*. 2015;21:646-53. DOI:10.12659/MSM.892537
17. Чапала Т.В. Исследование депрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Концепт*. 2015;28:31-5 [Chapala TV. Research of depression in patients with coronary heart disease. *Concept*. 2015;28:31-5 (in Russian)].
18. Nemeroff CB, Musselman DL. Are platelets the link between depression and ischemic heart disease. *Am Heart J*. 2000;140(4 Suppl.):57-62. DOI:10.1067/mhj.2000.109978
19. Попонина Т.М., Гундерина К.И., Попонина Ю.С., и др. Влияние агомелатина на состояние плазменного гемостаза у больных с острым коронарным синдромом, ассоциированным с тревожно-депрессивными расстройствами. *Фундаментальные исследования*. 2015;1(7):1414-9 [Poponina TM, Gunderina KI, Poponina YuS, et al. Effect of agomelatine on plasma hemostasis in patients with acute coronary syndrome associated with anxiety and depressive disorders. *J Clin Med*. 2015;1(7):1414-9 (in Russian)].
20. Boldoueva S, Shabrov A, Trofimova O, Zhuk V. The influence of psychologic factors on heart rate variability after myocardial infarction. *Euro Heart J*. 2003;24:947. DOI:10.1016/S0195-668X(03)94239-4
21. Попонина Т.М., Гундерина К.И., Попонина Ю.С., Солдатенко М.В. Влияние Агомелатина на показатели вариабельности ритма сердца у больных с тревожно-депрессивными расстройствами, перенесших острый коронарный синдром. *Сибирский медицинский журнал*. 2018;33(3):36-45 [Poponina TM, Gunderina KI, Poponina YuS, Soldatenko MV. The effects of Agomelatine on heart rate variability in patients with anxiety-depressive disorders who suffered acute coronary syndrome. *Siberian Medical Journal*. 2018;33(3):36-45 (in Russian)]. DOI:10.29001/2073-8552-2018-33-3-36-45
22. Нонка Т.Г., Репин А.Н., Сергиенко Т.Н. Влияние аффективных расстройств на течение ишемической болезни сердца: современная модель патогенеза депрессии, патофизиологические и поведенческие механизмы. *Кардиосоматика*. 2014;5(3-4):5-8 [Nonka TG, Repin AN, Sergienko TN. The effect of mood disorders on the course of coronary heart disease: A modern model of pathogenesis of depression, pathophysiological and behavioral patterns. *Cardiosomatics*. 2014;5(3-4):5-8 (in Russian)].

Статья поступила в редакцию / The article received: 23.12.2022



OMNIDOCTOR.RU