

Психоэмоциональные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике. Методические рекомендации для терапевтов

Драпкина О. М., Шишкова В. Н., Котова М. Б.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.
Москва, Россия

Методические рекомендации "Психоэмоциональные факторы риска в амбулаторной практике" разработаны как практический документ для медицинских специалистов терапевтического профиля, работающих в первичном амбулаторном звене здравоохранения, с целью расширения и совершенствования знаний, а также оказания медицинской помощи взрослому населению в рамках изучаемой темы. Методические рекомендации включают информационно-содержательную часть для медицинских специалистов и практическую часть для пациентов, представленную в формате памяток. Методические рекомендации включают основные разделы: определение, структура и эпидемиология психоэмоциональных факторов риска, психоэмоциональные факторы риска в клинике внутренних болезней, скрининг психоэмоциональных факторов риска в рамках терапевтического приема, профилактика и коррекция психоэмоциональных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, немедикаментозная помощь пациентам, фармакотерапия психоэмоциональных расстройств.

Методические рекомендации предназначены для медицинских специалистов терапевтического профиля, работающих в первичном амбулаторном звене здравоохранения, для специалистов, разраба-

тывающих и реализующих образовательные программы для пациентов, а также для ординаторов терапевтического профиля.

Ключевые слова: психоэмоциональные факторы риска, депрессия, тревога, стресс, хронические неинфекционные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 18/05-2022

Рецензия получена 25/05-2022

Принята к публикации 20/09-2022



Для цитирования: Драпкина О. М., Шишкова В. Н., Котова М. Б. Психоэмоциональные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике. Методические рекомендации для терапевтов. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(10):3438. doi:10.15829/1728-8800-2022-3438. EDN SAGMPE 

Psychoemotional risk factors for non-communicable diseases in outpatient practice. Guidelines for internists

Drapkina O. M., Shishkova V. N., Kotova M. B.

National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow, Russia

Methodological guidelines "Psychoemotional risk factors in outpatient practice" were developed as a practical document for primary care physicians in order to expand and improve knowledge, as well as provide care to the adult population within the studied theme. The methodological guidelines include an information and content part for medical specialists and a practical part for patients, presented in the format of memos. The guidelines include the main sections: definition, structure and epidemiology of psychoemotional risk factors, psychoemotional risk factors in the clinics of internal diseases, screening of psychoemotional risk factors, prevention and correction of psychoemotional risk factors for noncommunicable diseases, non-drug care for patients, pharmacotherapy of psychoemotional disorders.

The guidelines are intended for primary care physicians, for specialists who develop and implement educational programs for patients, as well as for therapeutic residents.

Keywords: psychoemotional risk factors, depression, anxiety, stress, chronic non-communicable diseases, cardiovascular diseases.

Relationships and Activities: none.

Drapkina O. M. ORCID: 0000-0002-4453-8430, Shishkova V. N.* ORCID: 0000-0002-1042-4275, Kotova M. B. ORCID: 0000-0002-6370-9426.

*Corresponding author: veronika-1306@mail.ru

Received: 18/05-2022

Revision Received: 25/05-2022

Accepted: 20/09-2022

For citation: Drapkina O. M., Shishkova V. N., Kotova M. B. Psychoemotional risk factors for non-communicable diseases in outpatient practice. Guidelines for internists. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(10):3438. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2022-3438. EDN SAGMPE

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: veronika-1306@mail.ru

Состав рабочей группы:

[Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, директор, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430, Шишкова В. Н.* — д.м.н., в.н.с., руководитель отдела профилактики когнитивных и психоэмоциональных нарушений, ORCID: 0000-0002-1042-4275, Котова М. Б. — к.п.н., в.н.с. отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний, ORCID: 0000-0002-6370-9426].

Оглавление

| | |
|--|-----|
| Введение | 98 |
| Определение, структура и эпидемиология психоэмоциональных факторов риска..... | 98 |
| Психоэмоциональные факторы риска в клинике внутренних болезней | 99 |
| Скрининг психоэмоциональных факторов в рамках терапевтического приема | 101 |
| Профилактика и коррекция (немедикаментозная помощь) психоэмоциональных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний | 101 |
| Фармакотерапия психоэмоциональных расстройств..... | 104 |
| Приложения | 109 |
| Список литературы | 113 |

Введение

В настоящее время отмечается увеличение распространенности расстройств психического здоровья среди населения стран Европы [1]. Было показано, что лица, страдающие различными расстройствами в психоэмоциональной (ПЭМ) сфере, умирают, в среднем, на 20 лет раньше, чем население в целом, и, в подавляющем большинстве случаев, причиной смерти становятся сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ)¹ [2]. Развитие ССЗ увеличивает риск формирования ПЭМ нарушений в 2-3 раза по сравнению со здоровыми лицами [2, 3]. Распространенность ПЭМ нарушений у пациентов с ССЗ составляет ~40%, что приводит к значительному ухудшению прогноза вследствие сердечно-сосудистых событий и других причин смерти, включая суицид [4-9]. Следует подчеркнуть также значимый вклад пандемии новой коронавирусной инфекции в увеличение числа тревожных и депрессивных расстройств в популяции, в т.ч. в отдаленном периоде после перенесенного заболевания, влияющих как на прогноз, так и на качество жизни пациентов. В то же время в рутинной практике врачами-интернистами подобные взаимосвязи, как правило, упускаются, ввиду недостаточной осведомленности о рисках, связанных со сферой психического здоровья населения [10, 11].

Представленные методические рекомендации разработаны в помощь медицинским специалистам терапевтического профиля и освещают проблему ПЭМ факторов риска (ФР) у пациентов с соматическими заболеваниями, а также вопросы проведения скрининга и оказания медицинской помощи взрослому населению в рамках изучаемой темы.

Определение, структура и эпидемиология психоэмоциональных факторов риска

ПЭМ ФР представляют собой нарушения эмоциональной сферы или изменения настроения человека, которые могут быть вызваны внешними причинами, такими как соматические заболевания, интоксикации, травмы, социально-экономические события и др. Среди основных ПЭМ факторов, увеличивающих риск возникновения и развития ССЗ и других хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), выделяют:

1. Острое и хроническое ПЭМ напряжение (стресс);
2. Тревожные и депрессивные состояния;
3. Жизненное истощение (ЖИ);
4. Враждебность и гнев.

Следует подчеркнуть, что все ПЭМ ФР существенно ухудшают качество жизни, усугубляют течение ХНИЗ, снижают мотивацию к лечению и сводят к минимуму приверженность к здоровому образу жизни.

Самыми частыми ПЭМ ФР в клинической практике врачей-терапевтов являются расстройства настроения (аффективные, АР) — депрессия и/или тревога [12].

Депрессия (от лат. depressio — подавление, угнетение) — это расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением с пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессивное изменение настроения, наряду с ухудшением когнитивных процессов, часто сопровождается двигательной заторможенностью, снижением побуждений к деятельности, и различными проявлениями соматовегетативной дисфункций (т.е. психогенными состояниями, при которых есть симптомы соматических заболеваний, но нет органических нарушений, характерных для данных

¹ WHO and FOUNTAIN HOUSE (2015). Excess mortality in persons with severe mental disorders. World Health Organization; Geneva, Switzerland.

заболеваний, например, боль в области грудной клетки, затруднения дыхания и т.д.) [12].

Клинические проявления тревоги — это реакция организма человека на неизвестную внутреннюю опасность, в чем заключается ее коренное отличие от страха, при котором опасность внешняя и определенная. В норме тревожность является защитным сигналом, заставляющим человека принять меры, чтобы справиться с опасной ситуацией. В развитии данной реакции принимают активное участие эндокринная, нервная и мышечная системы [12]. Однако в реальной клинической практике врач-терапевт обычно сталкивается с тем, что пациент не осознает у себя депрессию или тревогу, и не сообщает о своих эмоциях, но может предъявлять жалобы на соматические симптомы, возникновение которых обусловлено АР (учащение частоты сердечных сокращений, повышение артериального давления (АД), головная боль, гипервентиляция, головокружение, гипергидроз и т.д.). В таких случаях врач обычно назначает терапию в соответствии с характером соматических симптомов, что, безусловно, не является эффективной стратегией в долговременном аспекте. Длительное существование АР может приводить к ухудшению состояния, развитию вторичных психических расстройств (фобии, ипохондрии и пр.), а также осложнений (ограничение социальной активности, вынужденная изоляция, обострение внутрисемейных проблем, злоупотребление алкоголем), в т.ч. и суицида [12].

Исследование глобального бремени болезней, травм и ФР в 2017г (The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2017) продемонстрировало увеличение распространенности АР во всем мире, которые вошли в тройку ведущих причин инвалидизации, наряду с такими распространенными причинами, как головная боль и боль в нижней части спины у лиц обоих полов [13]. В Российской Федерации (РФ) распространённость АР среди населения в целом составляет: 8,8% — депрессия и 18,1% — тревожные расстройства [14], а среди обращающихся за первичной медицинской помощью — ~50% пациентов с ССЗ [15-17]. Проведенные крупные исследования и метаанализы показали, что АР увеличивают риск развития как ССЗ, так и неблагоприятных кардиоваскулярных исходов [18-28].

Точный механизм, с помощью которого АР ухудшают течение ССЗ, не установлен, но потенциально возможно взаимодействие на уровне влияния: на факторы образа жизни (курение, гиподинамия, переедание, пристрастие к нездоровому питанию, алкоголь), развитие нарушений сна, снижение приверженности к терапии, повышенное воздействие психосоциальных и социально-экономических факторов, кардиометаболические побоч-

ные эффекты некоторых лекарственных средств, а также прямое воздействие различных патофизиологических путей развития стресса в центральной нервной системе [6, 29-32]. Несколько обсервационных исследований показали, что лечение или ремиссия АР снижают риск ССЗ [8, 33, 34].

Стресс — неспецифическая реакция организма на физическое или психологическое воздействие, которое нарушает его гомеостаз. Стресс оказывает негативное влияние на здоровье, трудоспособность и качество жизни населения. Лица, испытывающие хронический стресс, чаще проявляют привычки пагубного для здоровья поведения — недостаточное или избыточное питание, низкую физическую активность, злоупотребление алкоголем, курение и т.д., что непосредственно сказывается на состоянии их здоровья и качества жизни в целом [35-38].

Враждебность и гнев — это черты характера, определяющие его готовность к конфликтному взаимодействию с окружением, его эмоциональную ранимость и эмоциональную неустойчивость. Враждебность объединяет в себе личностные черты (цинизм, недоверие к окружающим), эмоциональные (гнев) и поведенческие (стиль жизни, вредные привычки) компоненты. Враждебность и гнев увеличивают риск развития ишемической болезни сердца (ИБС), ухудшают прогноз ССЗ и считаются ФР неблагоприятных исходов кардиологических пациентов.

Жизненное истощение (ЖИ) характеризуется чувством чрезмерной усталости и подавленности, упадком сил, повышенной раздражительностью и деморализацией. Перечисленные ощущения чаще встречаются у лиц с хроническими ССЗ. За последнее десятилетие ЖИ привлекло значительное внимание исследователей из-за его неблагоприятного воздействия на здоровье и самочувствие [5, 39-41].

Психоэмоциональные факторы риска в клинике внутренних болезней

В настоящее время ПЭМ ФР расцениваются экспертами как независимые ФР развития ССЗ наравне с общепринятыми и играют немаловажную роль в этиологии других ХНИЗ (сахарный диабет 2 типа (СД2), ожирение, психические расстройства и др.).

1. Острое и хроническое психоэмоциональное напряжение (стресс)

Стресс считается фактором, способствующим развитию и прогрессированию целого ряда заболеваний — ССЗ, среди которых наиболее распространенными являются артериальная гипертензия (АГ), а также СД2, ожирения и других ХНИЗ [35, 41-43]. Риск ССЗ, связанный с атеросклерозом, при наличии стресса в среднем составляет от 1,2 до 2,0 [36, 42].

Одна из самых сложных проблем — это стрессы, связанные с работой, которые способны существенно повлиять на физическое и психическое здоровье сотрудников и оказать негативное влияние на эффективность работы организаций (прогулы, высокая текучесть кадров, низкая производительность труда) и даже национальную экономику. К таким стрессам можно отнести высокую продолжительность рабочего дня, неудовлетворенность работой, напряженные отношения с коллегами и руководством, профессиональную деятельность, связанную с ПЭМ перегрузками в условиях острого дефицита времени и т.д. Согласно исследованиям — каждый четвертый работающий указывает на то, что стрессы, связанные с работой, отрицательно сказываются на их психическом благополучии [44, 45]. Негативное влияние "рабочего" стресса на здоровье при ССЗ, связанных с атеросклерозом, не зависит от обычных ФР и их лечения. Хронический рабочий стресс увеличивает риск преждевременного развития ИБС в 1,2-1,5 и особенно для лиц, не достигших 50 лет. Связанный с работой стресс является ФР развития ССЗ у мужчин молодого возраста и увеличивает риск ССЗ почти на 50% [35, 42-44]. Частота инсульта и ИБС у женщин с высоким уровнем стресса в 2 раза выше, по сравнению с теми, кто имел низкий уровень стресса. У женщин также выявлена взаимосвязь между хроническим стрессом и повторными ишемическими событиями [46]. Исследования показывают, что у людей с большими производственными нагрузками чаще присутствуют традиционные ФР ССЗ, в т.ч. курение, низкая физическая активность, ожирение и СД2, что ассоциируется с наличием психосоциального стресса [47, 49].

Острые стрессы, связанные с физическими и психическими травмами, угрозой смерти, смертью близких, стихийными бедствиями, военными и другими негативными событиями, а также последующие переживания травмирующих событий (посттравматический стресс), могут быть одним из ФР возникновения ССЗ, СД2, артрита, провоцировать сердечно-сосудистые события и увеличить смертность, особенно у лиц, ранее имевших ИБС. Выявленная связь посттравматического стресса с прогнозом острого коронарного синдрома (ОКС) свидетельствует о более высокой смертности и риске основных неблагоприятных сердечных событий. Симптомы посттравматического стрессового расстройства увеличивали риск ССЗ у женщин на 60% [49, 50]. Стресс оказывает негативное влияние на физическое, психическое и эмоциональное здоровье, поэтому существует острая необходимость в профилактических мерах и техниках коррекции.

2. Враждебность, гнев

Враждебность увеличивает в 2,7 раза риск развития ИБС у мужчин и снижает качество их жизни

[51]. Риск смерти от ССЗ выше у мужчин с высоким уровнем враждебности [52]. Большинство пациентов, имеющих ИБС, с увеличением тяжести клинической формы болезни показывают рост враждебности, депрессии, чувства обиды и агрессии [46]. Враждебность можно считать одним из универсальных прогностически неблагоприятных факторов кардиологической патологии. Риск смерти после коронарного события и успешно пройденной кардиореабилитационной программы возрастает почти в 2,5 раза при наличии враждебности в сочетании с тревогой. Высокий уровень гнева и враждебности связан с повышенным риском инсульта, особенно в группах людей, имеющих более низкий социально-экономический статус [53, 54].

Кратковременный гнев предшествует более серьезным симптомам у пациентов с другими ХНИЗ. Гнев и выражение гнева предсказывают большее количество госпитализаций по любой причине в течение 3-летнего периода наблюдения [54]. Вспышки гнева являются важным предиктором неблагоприятных сердечно-сосудистых событий, включая ОКС. Согласно исследованию NTERHEART гнев связан с 2,4-кратным увеличением шансов развития острого инфаркта миокарда (ИМ) [55].

3. Депрессивные и тревожные состояния

Депрессия и тревога связаны с основными неблагоприятными сердечными событиями, повторной госпитализацией и смертью, независимо от традиционных ФР [35, 41, 56]. Чаще всего ССЗ демонстрируют ассоциации с депрессией [55], что предвещает неблагоприятные сердечно-сосудистые исходы. Каждый пятый пациент с ИБС или сердечной недостаточностью страдает депрессией [56]. Пациенты с сопутствующими ССЗ и депрессивными симптомами подвержены повышенному риску повторных сердечно-сосудистых событий и смертности. У пациентов с депрессией и ОКС в 2 раза увеличивается риск серьезных сердечно-сосудистых событий в будущем. Повышенный уровень депрессии ассоциируется с ранее перенесенным инсультом (в анамнезе) у мужчин и количеством хронических заболеваний (≥ 3) у женщин. Депрессия почти в 2 раза увеличивает риск возникновения ИБС, в 1,4 раза риск инсульта и в 1,2 раза общую смертность [41, 57]. Особенно пагубно депрессия влияет на сердечно-сосудистый прогноз после ИМ [56]. По данным ЭССЕ-РФ женщины с субклинической/клинической и клинической депрессией умирали в 2,2 и 2,4 раза чаще, а мужчины с субклинической/клинической депрессией — в 1,5 раза чаще. Клиническая депрессия увеличивает риск комбинированных смертельных и не смертельных исходов у больных АГ и ИБС в 1,6 раза, риск смерти от ССЗ в 1,6 раза и в 1,8 раза риск смерти от всех причин [57, 58]. У лиц пожилого возраста усиление

депрессивных симптомов связано со смертностью от всех причин [59].

Депрессия связана с привычками, негативно влияющими на здоровье (курение, снижение физической активности и т.д.) и ассоциирована со снижением приверженности к лечению, а повышенный риск ИМ или смерти у людей с депрессией снижается после корректировки таких поведенческих факторов, как курение и отсутствие физической активности [60].

Тревожные состояния являются независимыми ФР ИБС (отношение рисков 1,3), кардиальных осложнений (отношение шансов 1,7) и смерти после ИМ (отношение шансов 1,2). Показана значительная связь тревожности/тревоги и риска ОКС [61]. Тревожные расстройства увеличивают риск возникновения и развития ССЗ, особенно в мужской популяции [62], и представляют прогностический риск для последующих серьезных неблагоприятных коронарных событий (ИМ, левожелудочковая недостаточность, процедура коронарной реваскуляризации и инсульт) у лиц с установленными ССЗ [61].

4. Жизненное истощение

ЖИ является важным и независимым фактором развития и прогрессирования ССЗ, предвестником острого ИМ, возникновения ИБС и цереброваскулярных событий [63]. Согласно исследованиям, ЖИ развивается в результате срыва адаптации к хроническому стрессу [64] и является единственным независимым и значимым психологическим предиктором, достоверно предсказывающим повторение сосудистых событий.

Доказан весомый вклад ЖИ в высокое систолическое АД, ИБС и развитие сердечно-сосудистых событий. ЖИ увеличивает риск развития кардиологической патологии, инсульта и смертности от всех причин почти в 1,5 раза [63], а в проспективных наблюдениях риск для ССЗ при наличии ЖИ возрастает в 2,6 раза. Распространенность ЖИ в мужской популяции 25-64 лет особенно высока [5, 38]. Популяционный вклад ЖИ у женщин на 1 месте, у мужчин на 4, т.е. данный фактор является одним из главных в развитии неблагоприятных исходов сердечно-сосудистой патологии [38].

Скрининг психоэмоциональных факторов в рамках терапевтического приема

ПЭМ ФР оказывают влияние на возникновение и развитие ССЗ и других ХНИЗ, поэтому адекватная оценка выраженности данных показателей позволит выявить лиц с высоким риском и своевременно провести комплекс как немедикаментозных, так и медикаментозных мероприятий по их предотвращению и дальнейшей коррекции.

1. В качестве метода экспресс-диагностики уровня стресса (ПЭМ напряжения) рекомендуется

использовать тест Ридера в адаптации О. Копиной [65] (см. Приложение 1).

2. Наличие признаков ЖИ рекомендуется оценивать с помощью краткой версии The Maastricht Questionnaire опросника (14 вопросов) [66] (см. Приложение 2).

3. Для проведения скрининга тревоги и депрессии рекомендуется применять шкалу HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) [67] (см. Приложение 3).

4. Оценку склонности к агрессии и выявление уровня агрессии, враждебности и гнева можно провести с помощью русскоязычной версии опросника (ВРАQ-24) в адаптации Ениколопова С. Н. и др. [68, 69] (см. Приложение 4).

Следует подчеркнуть, что существуют ситуации, когда пациентам необходимо проведение консультации психиатра. Так называемые "красные флажки" — симптомы или жалобы со стороны пациента, которые являются абсолютными показаниями к консультации психиатра или психотерапевта: суицидальные мысли, намерения или действия (в т.ч. в анамнезе); наличие бреда и/или галлюцинаций; психические заболевания в анамнезе; >11 баллов по шкале HADS. Своевременное распознавание угрозы суицида относится к компетенциям не только психиатра, но и в равной степени врача любой специальности.

Принимая во внимание тесную связь ПЭМ факторов как с высоким риском развития ССЗ, так и ухудшением прогноза у лиц с ССЗ (особенно актуально для пациентов с ИБС, АГ, фибрилляцией предсердий, хронической сердечной недостаточностью), рекомендуется проводить скрининг ПЭМ ФР с частотой не реже 2-4 раз в год. Результаты недавнего проспективного исследования со средним сроком наблюдения 8,4 года подтвердили благоприятные эффекты проводимого скрининга и коррекции ПЭМ нарушений на риск развития неблагоприятных событий, связанных с ССЗ [70]. Следует отметить, что проводимый скрининг ПЭМ ФР, как и скрининг традиционных ФР ССЗ, не увеличивает риск развития любых психических расстройств, даже у наиболее уязвимых в ПЭМ или социально-экономическом отношении лиц [71].

Профилактика и коррекция (немедикаментозные методы) психоэмоциональных факторов риска хронических неинфекционных заболеваний

Принимая во внимание, что ССЗ связаны со многими ПЭМ ФР, можно предполагать, что их профилактика и коррекция связаны с уменьшением сердечно-сосудистого риска. Так, было показано, что образование в области управления стрессом и обучении психологическим навыкам и стратегиям позволяет наиболее подходящим образом справ-

ляться с различными стрессовыми ситуациями, содействовать здоровому образу жизни, повышать приверженность к лечению и способствовать выполнению рекомендаций по коррекции поведенческих факторов, улучшая качество жизни, укрепляя здоровье, а также способствуя значительному улучшению прогноза [4, 18, 72].

Ощущение благополучия имеет преимущества для психологической устойчивости и здоровья сердечно-сосудистой системы, ведет к накоплению психологических ресурсов для лучшего управления стрессом [73, 74]. Психосоциальное вмешательство включает повышение уровня психологического образования, поведенческую и социальную коррекцию, направленную на управление ПЭМ ФР (стресс, тревога, тревожно-депрессивные состояния) без использования фармакологических методов лечения [75, 76].

В исследованиях было продемонстрировано, что обучение управлению стрессом, контролируемая физическая активность, релаксационная терапия, медитативные практики, методы когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), психотерапевтическое вмешательство (групповое и индивидуальное) и консультирование способствуют:

— повышению социальной поддержки в отношении улучшения прогноза больных с клинически доказанной ИБС [77, 78];

— снижению стресса, в т.ч. рабочего, тревожных и депрессивных симптомов, улучшению общего самочувствия, эмоционального фона и социальной поддержки на рабочем месте, а также характеризуются снижением уровня АД, улучшением результатов лечения ССЗ и снижением смертности у пациентов с ИБС и смертности от всех причин [18, 77, 79-82];

— улучшению социальных отношений, увеличению сплоченности, уменьшению проявления враждебности, гнева, а также помогают в разрешении бытовых проблем и рабочих конфликтов [80].

Физическая активность

• Физическая активность и тренировки по управлению стрессом помогают снизить уровень стресса, тревоги, приводят к умеренному снижению депрессивных симптомов и улучшают показатели маркеров сердечно-сосудистого риска в большей степени, чем обычная медицинская помощь [83-86].

• Практика боевых искусств (например, таких как: айкидо, джиу-джитсу, тхэквондо) и командные виды спорта (футбол, хоккей, водное поло и др.) помогают выразить гнев в приемлемой форме и снизить его уровень.

• Релаксационные асаны йоги, тайчи, цигун и др. являются методами релаксации в движении.

Техники релаксации

Навыки релаксации помогают восстанавливать силы, стабилизировать эмоциональное состояние,

минимизировать уровень стресса (Приложение 5). Существует множество способов и техник релаксации, на основе музыки, дыхания, визуализации, различных видов медитаций.

• Прогрессивная мышечная релаксация помогает снизить тревожное состояние [87].

• Показан положительный эффект снижения уровня стресса у пациентов с кардиологическим риском с помощью музыкотерапии [85].

• Регулярные дыхательные упражнения существенно снижают показатели депрессии [88].

• Аутогенная тренировка считается важным средством, используемым в профилактической медицине, и достаточно эффективным приемом коррекции ПЭМ напряжения. Аутогенная тренировка и прогрессивная мышечная релаксация могут быть полезны для коррекции мышечного напряжения, расстройств сна, повышенной возбудимости, раздражительности, тревожности. Активизационные упражнения аутогенной тренировки помогут избежать стимулов, связанных с травмой, и снизить депрессивную симптоматику.

• Ароматерапия. Природные ароматы имеют бактерицидные, антисептические, противовоспалительные, иммуностимулирующие и другие свойства, но, прежде всего, обеспечивают эмоциональное равновесие и душевный подъем.

• Медитативные практики (дыхательные техники, тренинг внимательности, "медитация осознанности" (наблюдение за мыслями без реакции на них), сеансы медитации и т.д.) помогают существенно снизить стрессовую нагрузку и повысить уровень психологического благополучия, а также повлиять на снижение систолического АД [89].

• Использование медитативных практик связано с улучшением просоциального поведения [90, 91].

• Тренировка внимательности (осознание, возникающее благодаря целенаправленному вниманию, в настоящий момент, без суждений) [92] улучшает восприятие социальной связи и социальной поддержки [73], эффективна в отношении снижения тревожности, стресса и депрессии [93] и признана полезным инструментом для улучшения здоровья и благополучия пациентов [94].

Консультирование, обучение и тренировки управлению стрессом

• Тренинг по управлению стрессом в сочетании кардиореабилитацией существенно снижает уровень тревоги и стресса [82].

• Индивидуальное психологическое консультирование значительно снижает показатели депрессии [95].

• Групповые тренинги по управлению стрессом в сочетании с техниками релаксации уменьшают чувство ЖИ и снижают показатели стресса, тревожность и депрессию [96].

Таблица 1

Рекомендации по профилактике и коррекции психоэмоциональных факторов

| Психоэмоциональные факторы риска | Профилактика и коррекция |
|---|---|
| Тревога | Коррекция образа жизни (организация режима труда и отдыха, коррекция питания, наличие хобби); контролируемая ФА; регулярные занятия спортом; водные процедуры и виды ФА (баня, плавание, аквааэробика и др.); техники управления стрессом; техники релаксации (прогрессивная мышечная релаксация, ароматерапия); медитативные практики (дыхательные техники, йога, тренинг внимательности, "медитация осознанности"); групповые тренинги (управление стрессом, аутогенные тренировки, психотерапевтические); когнитивно-поведенческая терапия; пет-терапия (зоотерапия или анималотерапия); консультация психолога; психотерапия (индивидуальная, групповая). |
| Депрессия | Коррекция образа жизни (организация режима труда и отдыха, коррекция питания); контролируемая ФА; регулярные дыхательные упражнения; аутогенная тренировка; групповые тренинги по управлению стрессом; освоение навыков "тренировки внимательности" (осознание, на основе целенаправленного внимания); освоение навыков позитивного мышления; когнитивно-поведенческая терапия; пет-терапия (зоотерапия или анималотерапия); консультация психолога; консультация психиатра (психотерапевта). |
| Острое и хроническое психоэмоциональное напряжение (стресс) | Коррекция образа жизни (организация режима труда и отдыха, коррекция питания, наличие хобби); контролируемая ФА; регулярные занятия спортом; техники управления стрессом; техники релаксации (дыхательные, музыкотерапия, визуализации, ароматерапия); медитативные практики (дыхательные техники, йога, тренинг внимательности, "медитация осознанности"); аутогенная тренировка; освоение навыков позитивного мышления; когнитивно-поведенческая терапия; пет-терапия (зоотерапия или анималотерапия); консультации психолога; консультация психотерапевта. |
| Жизненное истощение | Коррекция образа жизни (организация режима труда и отдыха, коррекция питания, наличие хобби); контролируемая ФА; техники управления стрессом; техники релаксации (дыхательные, музыкотерапия, визуализации, ароматерапия); аутогенная тренировка; освоение навыков позитивного мышления; освоение навыков "тренировки внимательности" (осознание, на основе целенаправленного внимания); тренинги (социальных навыков (общения и др.), уверенности в себе, управление временем, психокоррекционные); когнитивно-поведенческая терапия; консультации психолога. |
| Гнев/враждебность | Техники управления стрессом; боевые искусства (айкидо, джиу-джитса, тхэквондо); командные виды спорта (футбол, хоккей, водное поло); техники релаксации (дыхательные, визуализации, ароматерапия, асаны); медитативные практики (дыхательные техники, тренинг внимательности); освоение навыков позитивного мышления; когнитивно-поведенческая терапия; консультации психолога; консультация психиатра (психотерапевта). |

Примечание: ФА — физическая активность.

Основные классы психотропных средств

| | |
|---------------------------------------|---|
| Антидепрессанты | нормализуют патологически измененный депрессивный аффект, способствуют редукции обусловленных депрессией когнитивных, двигательных и соматовегетативных проявлений |
| Анксиолитики (транквилизаторы) | купируют тревогу, эмоциональную напряженность, страх не психотического происхождения |
| Гипнотики (снотворные) | корректируют нарушения сна |
| Антипсихотики (нейролептики) | снижают психомоторную активность и возбуждение |
| Ноотропы | положительно влияют на познавательные функции, обучение, память, повышают устойчивость мозга к различным неблагоприятным факторам, в частности к гипоксии и экстремальным нагрузкам |
| Нормотимики | стабилизируют настроение и активность, оказывают регулирующее и профилактическое действие при аффективных расстройствах |
| Психостимуляторы | повышают уровень психической и физической активности |

• Индивидуальное консультирование по коррекции образа жизни и программы, направленные на эмоциональную поддержку, показали снижение уровня тревожности и депрессивных симптомов [97].

Когнитивно-поведенческая терапия

• Применение техник, основанных на КПТ, положительно влияло на восстановление пациентов с ИБС [98].

• При использовании КПТ наблюдалось устойчивое улучшение депрессии [95].

Основные немедикаментозные методы профилактики и коррекции ПЭМ ФР представлены в таблице 1.

Фармакотерапия психоэмоциональных расстройств

Следует подчеркнуть, что всем пациентам, имеющим клинические проявления депрессии и/или тревожных расстройств, в т.ч. подтвержденные результатами теста HADS (>11 баллов), показана консультация специалиста — психотерапевта или психиатра с последующим междисциплинарным сотрудничеством в ведении таких пациентов и оценкой безопасности фармакотерапии в индивидуальном порядке. Наиболее эффективная тактика ведения пациентов с ПЭМ расстройствами включает комплексное лечение: фармакотерапию, психотерапию и социальную реабилитацию [99].

Основные классы психотропных препаратов, применяемых для коррекции психических расстройств, представлены в таблице 2.

При назначении лекарственного средства в первую очередь учитываются клиническая характеристика имеющегося психического расстройства и состояние соматического здоровья пациента. Учитывая возможность негативного влияния терапии психотропными средствами у пациентов с соматическими заболеваниями, особенно с ССЗ, СД2, нарушениями функции печени или почек, врачи терапевты и кардиологи должны обладать необходимыми знаниями с целью обеспечения безопасности их применения [100].

Наиболее часто в коррекции ПЭМ нарушений применяются антидепрессанты и анксиолитики.

Антидепрессанты представляют собой разнородную группу химических соединений с общими терапевтическими свойствами, наиболее важным из которых является способность повышать патологически сниженное настроение, однако они не оказывают влияния на нормальный фон настроения. Кроме основного эффекта, антидепрессанты также обладают положительными — противотревожным, седативным, вегетостабилизирующим, антиноцицептивным свойствами и неблагоприятными — антихолинергическими, кардиотропными, блокадой α -адренорецепторов (причина ортостатической гипотензии) и множественными реакциями межлекарственного взаимодействия, которые выражены в различной степени у представителей класса. Механизм действия антидепрессантов определяется их влиянием на обмен нейротрансмиттеров (моноаминов), в основном серотонина и норадреналина, реализующийся посредством трех механизмов: блокадой обратного захвата моноаминов, подавлением активности фермента моноаминоксидазы и антагонизмом по отношению к пресинаптическим рецепторам. Поскольку эффективность различных представителей класса антидепрессантов при депрессивных расстройствах существенно не отличается, то выбор конкретного препарата во многом определяется его переносимостью, безопасностью и экономической составляющей длительной терапии (средняя продолжительность лечения не менее 6-12 мес.). Основные неблагоприятные эффекты антидепрессантов представлены в таблице 3.

Следует подчеркнуть, что у пациентов с ССЗ в настоящее время не рекомендуется назначение трициклических антидепрессантов в связи с высоким риском развития неблагоприятных эффектов (выраженного седативного и антихолинергического действий, увеличением массы тела, ортостатической гипотензии, тахикардии, нарушений сердечной проводимости, гепатотоксичности, агра-

Таблица 3

Основные побочные эффекты антидепрессантов [100]

| Класс, перепарат | Седация | Антихолинергические эффекты | Оростатическая гипотензия | Кардиотропные эффекты |
|--|---------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------|
| Трициклические | | | | |
| Имипрамин | ++ | ++ | +++ | +++ |
| Кломипрамин | +++ | +++ | + | ++ |
| Амитриптилин | +++ | +++ | ++ | +++ |
| Доксепин | +++ | ++ | ++ | ++ |
| Ингибиторы моноаминоксидазы А | | | | |
| Фенелзин | + | + | +++ | - |
| Моклобемид | + | - | - | + |
| Пирлиндол | + | - | - | + |
| Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина | | | | |
| Венфлафаксин | + | + | + | + |
| Милнаципран | + | + | + | + |
| Дулоксетин | + | + | + | + |
| Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина | | | | |
| Флуоксетин | + | - | - | - |
| Пароксетин | + | - | - | - |
| Сертралин | + | - | - | - |
| Флувоксамин | + | - | - | - |
| Циталопрам | + | - | - | - |
| Эсциталопрам | + | - | - | - |
| Ингибиторы обратного захвата серотонина/антагонисты серотонина | | | | |
| Тразодон | +++ | + | ++ | + |
| Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина/антагонисты норадреналина | | | | |
| Мапротилин | ++ | ++ | + | ++ |
| Миансерин | ++ | + | ++ | + |
| Антагонисты пресинаптических α_2 -адренорецепторов и постсинаптических серотониновых рецепторов | | | | |
| Миртазапин | ++ | + | + | + |
| Стимуляторы обратного захвата серотонина | | | | |
| Тианептин | + | - | - | - |
| Агонисты мелатониновых рецепторов/антагонисты серотониновых 5HT _{2c} -рецепторов | | | | |
| Агомелатин | + | - | - | - |

Примечание: "+++" — выраженный эффект, "++" — умеренный эффект, "+" — слабый, "-" — отсутствует.

нулоцитоза и др.). В то же время в нескольких наблюдениях было показано, что терапия тяжелой депрессии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) у пациентов с ИБС снижает частоту повторной госпитализации и смертность от всех причин [89, 101]. Однако вследствие развития множественных межлекарственных взаимодействий, большинство представителей СИОЗС не следует назначать пациентам, принимающим нестероидные противовоспалительные препараты, антикоагулянты и антиагреганты, т.к. это сочетание приводит к увеличению риска кровотечений [102]. Также, в результате ингибирования ферментов цитохрома P450, такие известные представители СИОЗС, как: флуоксетин, флувоксами, пароксетин и сертралин — увеличивают риск дигиталисной интоксикации у пациентов, получающих дигоксин. Кроме риска кровотечения, связанного с межлекарственным взаимодействием, СИОЗС обладают собственным геморрагиче-

ским потенциалом, связанным с эффектами тромбоцитарного серотонина, поэтому рекомендуется соблюдать осторожность при назначении данных антидепрессантов пациентам с язвенной болезнью, эрозивными поражениями слизистой желудочно-кишечного тракта, циррозе и варикозно расширенными венами пищевода [100]. Таким образом, для безопасной терапии депрессии у пациентов с эрозивно-язвенными заболеваниями желудочно-кишечного тракта предпочтительно выбирать антидепрессанты без влияния на обмен серотонина.

Необходимо подчеркнуть, что у пациентов с хронической сердечной недостаточностью применение любых представителей класса антидепрессантов связано с повышенным риском сердечной и общей смертности, поэтому данная терапия не рекомендуется даже в случае развития тяжелой депрессии [103].

Опубликованный в сентябре 2021г в журнале "The Lancet" метаанализ также продемонстриро-

вал повышение риска смерти у пациентов с новой коронавирусной инфекцией, ассоциированного с приемом антипсихотических препаратов, в т.ч. и антидепрессантов [104].

Таким образом, на сегодняшний день известно, что терапия антидепрессантами может быть связана с повышенным риском развития осложнений, в т.ч. вызванных межлекарственными взаимодействиями (нестероидными противовоспалительными средствами, антикоагулянтами, антиагрегантами, дигоксином), а также внезапной сердечной смерти, поэтому пациентов с ССЗ и тяжелыми психическими расстройствами необходимо курировать совместно с психиатрами [105-107].

Противотревожная терапия чаще всего представляет собой назначение препаратов из класса бензодиазепиновых анксиолитиков, хотя в распоряжении врачей присутствует небольшое количество и небензодиазепиновых транквилизаторов (см. таблица 4) [108].

Наиболее яркие клинические эффекты, как и частые побочные реакции при приеме бензодиазепиновых анксиолитиков хорошо известны и представлены в таблице 5 [100, 102].

Необходимо отметить, что длительный прием транквилизаторов может значимо влиять на состояние когнитивных функций пациента, что важно учитывать при оценке приверженности к терапии ХНИЗ. Противотревожные препараты также могут вступать в реакции межлекарственного взаимодействия, особенно существенные для пациентов с различными ХНИЗ, особенно ССЗ и СД2 (см. таблица 6) [108].

Следует отметить, что современная практика терапии антидепрессантами предусматривает одновременное назначение транквилизаторов в первый месяц лечения, чаще бензодиазепиновых, для предотвращения возникновения выраженной тре-

вности и ухудшения ПЭМ состояния на фоне приема антидепрессантов. Данный факт необходимо учитывать врачам не психиатрам, поскольку за кажущейся "простотой" назначения терапии антидепрессантами скрывается сложная мозаика ПЭМ изменений у пациента, возникающих в т.ч. и на фоне проводимой терапии, требующих внимательной курации, а также дополнительных знаний и навыков [99].

Несмотря на рекомендации по краткосрочному назначению бензодиазепиновых транквилизато-

Таблица 4

Группа противотревожных препаратов

| Класс/препараты | Дозы (мг/сут.) | |
|----------------------------------|----------------|-------|
| | min | max |
| Бензодиазепины | | |
| Диазепам | 5 | 30100 |
| Хлордиазепоксид | 5 | 12 |
| Бромазепам | 1,5 | 6 |
| Лоразепам | 0,5 | 300 |
| Тофизопам | 50 | 5 |
| Феназипам | 0,5 | 10 |
| Клоназепам | 0,5 | 30 |
| Клобазам | 10 | 15 |
| Нитразепам | 5 | 30 |
| Флуразепам | 15 | |
| Триазолобензодиазепины | | |
| Алпразолам | 0,25 | 6 |
| Триазолам | 0,25 | 1 |
| Мидазолам | 7,5 | 15 |
| Производные бензимидазола | | |
| Фабоматизол | 10 | 60 |
| Производные дифенилметана | | |
| Гидроксизин | 25 | 200 |
| Производные бензоксазина | | |
| Этифоксин | 100 | 200 |

Таблица 5

Терапевтические и побочные эффекты бензодиазепиновых анксиолитиков

| Терапевтические эффекты | Побочные эффекты |
|---|--|
| 1. Анксиолитический | 1. Дневная сонливость |
| 2. Миорелаксация | 2. Укорочение быстрого сна |
| 3. Противосудорожный | 3. Когнитивная токсичность (снижение памяти, внимания, времени реакции) |
| 4. Седативный (сокращают период засыпания, снижают частоту ночных пробуждений, увеличивают общее время сна) | 4. Антероградная амнезия |
| 5. Не вызывают инициального обострения тревоги | 5. Поведенческая токсичность (атаксия и падения) |
| | 6. Угнетение дыхания (действие на дыхательный центр) |
| | 7. Привыкание (развивается в течение 1-2 нед.) |
| | 8. Симптомы абстиненции и синдром отмены |
| | 9. Риск психической и физической зависимости |
| | 10. Потенцирование действия алкоголя |
| | 11. Недостаточное влияние на коморбидные соматовегетативные симптомы |
| | 12. Миорелаксация, которая может усугубить нарушение функции внешнего дыхания, спровоцировать апноэ во сне |
| | 13. Тератогенный эффект, неонатальная и младенческая смертность при использовании на поздних сроках беременности или во время грудного вскармливания |
| | 14. Замедление пассажа пищи по кишечнику |

Таблица 6

Лекарственные взаимодействия транквилизаторов

| Группа препаратов | Характер взаимодействия |
|---|--|
| Центральные α_2 -адреномиметики (клодин, метилдопа, гуанфацин) | Усиление гипотензивного эффекта центральных α_2 -адреномиметиков Взаимное потенцирование угнетающего действия ЦНС |
| Периферические α_2 -адреноблокаторы (фентоламин, тропафен, индорамина) | Усиление гипотензивного эффекта периферических α_2 -адреноблокаторов и седативного эффекта бензодиазепинов |
| Блокаторы кальциевых каналов | Ослабление эффектов дилтиазема при сочетании с диазепамом Усиление эффектов мидазолама при сочетании с дилтиаземом и верапамином |
| Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента | Усиление гипотензивного эффекта |
| Антиаритмические средства | Потенцирование терапевтических эффектов антиаритмических препаратов классов IB (лидокаин) и IV (дилтиазем) |
| Сердечные гликозиды | Потенцирование кардиотропных эффектов сердечных гликозидов, риск развития дигиталисной интоксикации |
| Метилксантины (теофиллин, аминофиллин) | Возможно небольшое повышение АД |
| Блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов (циметидин) | Потенцирование эффектов диазепама, хлордиазепоксида, медазепама, алпрозолама в отношении ЦНС |
| Мочегонные препараты | Усиление артериальной гипотензии |
| Антикоагулянты непрямого действия (варфарин) | Ослабление антикоагулянтного эффекта при длительном совместном применении, риск развития кровотечений после отмены производных бензодиазепина |
| Антимикробные средства | Усиление эффектов алпрозолама и мидазолама при комбинации с макролидами (эритромицин) Усиление эффектов диазепама при комбинации с изониазидом Ослабление эффектов диазепама при комбинации с рифампицином |
| Пероральные сахароснижающие препараты | Потенцирование эффекта пероральных сахароснижающих препаратов |
| Пероральные контрацептивы | Снижение эффективности контрацепции Усиление эффектов производных бензодиазепина |

Примечание: АД — артериальное давление, ЦНС — центральная нервная система.

Таблица 7

Типичные симптомы, возникающие при резкой отмене бензодиазепиновых анксиолитиков

| |
|---|
| Тревога |
| Раздражительность |
| Инсомия (бессонница и другие нарушения сна) |
| Слабость |
| Головные боли |
| Мышечные подергивания и боли |
| Тремор, дрожь |
| Повышенное потоотделение |
| Головокружение |
| Нарушения концентрации внимания |
| Тошнота, утрата аппетита |
| Объективные признаки депрессии |
| Деперсонализация, дереализация |
| Повышенная чувствительность к сенсорным стимулам (обонятельным, осязательным, зрительным) |
| Нарушения восприятия или кинестетические иллюзии |

ров, сроком не более 3-4 нед., в реальной клинической практике часто наблюдается проблема лекарственной зависимости, возникающей отчасти из-за "синдрома отмены" (см. таблица 7), развивающе-

гося в результате прекращения терапии и значимо ухудшающего самочувствие пациента.

Для предотвращения развития "синдрома отмены" в случае длительного (>4 нед.) приема транквилизаторов перед тем, как начать снижать дозу, целесообразно произвести замену коротко действующего транквилизатора на препарат с более длительным периодом полувыведения в эквивалентных или даже в немного более высоких терапевтических дозах (см. таблица 4), с последующим осмотром пациента каждую неделю при постепенном уменьшении дозы. Таким образом, дозу бензодиазепиновых транквилизаторов медленно снижают в течение 4-16 нед. (в среднем 8 нед.), под контролем за самочувствием пациента. Принимая во внимание важные клинические ограничения для назначения бензодиазепиновых анксиолитических препаратов и возрастающую потребность в применении противотревожной терапии, в практике врачей-терапевтов возможно применение анксиолитиков с альтернативными механизмами действия. К группе таких препаратов можно отнести небензодиазепиновые препараты с противотревожным терапевтическим эффектом, отличающиеся лучшей переносимостью и отсутствием традиционных неблагоприятных эффектов бензодиазепиновых анксиолитиков [100, 109].

Гидроксизин — небензодиазепиновый транквилизатор, действующий как антагонист рецепторов гистамина H1. Препарат отличается быстрым наступлением эффекта, отсутствием привыкания и лекарственной зависимости, не нарушает когнитивные функции, дополнительно к анксиолитическому эффекту гидроксизин оказывает противозудное действие (у пациентов с крапивницей, экземой и дерматитом), противорвотное и бронходилатирующее действие. Для симптоматического лечения тревоги гидроксизин назначается от 50 до 100 мг (от 2 до 4 таблеток) однократно вечером перед сном, если тревога проявляется главным образом бессонницей. Препарат следует применять в самой низкой эффективной дозе и в течение как можно более короткого периода времени.

Этифоксин — небензодиазепиновый транквилизатор, обладающий двойным механизмом действия (прямым и опосредованным) на ГАМК-А рецепторы в центральной нервной системе. Этифоксин лишен побочных эффектов, свойственных бензодиазепиновым транквилизаторам, таких как явления "поведенческой токсичности", ухудшение когнитивных функций, выраженные седация и миорелаксация. Назначается по 1 капсуле (50 мг) — 3 раза/сут., или по 2 капсулы 2 раза/сут. Продолжительность лечения — от нескольких дней до 4-6 нед., в зависимости от состояния больного.

Фабомотизол — небензодиазепиновый анксиолитик, селективный агонист сигма-1-рецепторов в нервных клетках головного мозга. Действие препарата реализуется преимущественно в виде сочетания противотревожного и легкого стимулирующего (активирующего) эффектов, а также препарат обладает нейропротективным действием. Фабомотизол не вызывает мышечную слабость, сонливость и не обладает негативным влиянием на концентрацию внимания и память. При его применении не формируется привыкание, лекарственная зависимость и не развивается "синдром отмены". Особенно показано применение препарата у пациентов с личностными чертами в виде тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости и эмоциональной лабильности, склонности к эмоционально-стрессовым реакциям. Фабомотизол применяется внутрь, после еды по 10 мг (1 таблетка) 3 раза/сут. или по 30 мг однократно утром в случае приема препарата в фор-

ме таблетки с замедленным высвобождением (ретардной форме).

Длительность курсового применения препарата составляет — 2-4 нед. При необходимости, суточная доза препарата может быть увеличена до 60 мг, а длительность лечения до 3 мес. Завершая обобщенное изложение данных о современной фармакотерапии ПЭМ нарушений, уместно будет сформулировать ряд практических положений для врачей терапевтов:

- Инициацию терапии и подбор психофармакотерапевтических препаратов из групп антидепрессантов, нормотимиков, антипсихотических и психостимуляторных средств может осуществлять только врач-психиатр или психотерапевт, после установления соответствующего диагноза расстройства;

- Врач терапевт или кардиолог может принимать активное участие в обсуждении безопасности назначенной психофармакотерапии, особенно в случае пациентов с ХНИЗ;

- Оценка переносимости и выявление побочных эффектов психофармакотерапии является неотъемлемой частью оказания медицинской помощи врачами любой специальности.

Заключение

Выявление и коррекция ПЭМ ФР у пациентов с ХНИЗ является важной составляющей успешного лечения, поэтому внедрение скринингового обследования и при необходимости проведение консультирования по вопросам профилактики и коррекции ПЭМ нарушений в первичном звене здравоохранения представляется целесообразным и своевременным.

Проведение скрининга и дальнейшего ведения пациента с ПЭМ ФР требует от медицинского специалиста определенной подготовки и компетентности, приобретения и наработки практических навыков по эффективному взаимодействию с такими пациентами.

Обобщение накопленного опыта в области диагностики, немедикаментозной коррекции и профилактики, а также подготовка раздаточного материала в виде памяток для пациента, представленных в настоящих методических рекомендациях, предназначены в помощь медицинским специалистам при проведении консультирования пациентов с ПЭМ ФР ХНИЗ.

Приложения (информационно-практические материалы)

Приложение 1. Экспресс-диагностика уровня стресса (ПЭМ напряжения)

Оцените, пожалуйста, насколько Вы согласны с каждым из перечисленных ниже утверждений (поставьте "+" в соответствующей графе)

| № п/п | Утверждения | Согласен | Скорее согласен | Скорее не согласен | Не согласен |
|-------|---|----------|-----------------|--------------------|-------------|
| 1. | Пожалуй, я нервный человек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Я очень беспокоюсь о своей работе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Я часто ощущаю нервное напряжение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Моя повседневная деятельность вызывает большое напряжение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Общаясь с людьми, я часто ощущаю нервное напряжение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | К концу дня я совершенно истощен физически и психически | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | В моей семье часто возникают напряженные отношения | 1 | 2 | 3 | 4 |

Обработка и интерпретация результатов

Подсчитать сумму баллов по всем 7 пунктам и разделить на 7. Показатель стресса может варьировать от 1 до 4 баллов.

| Уровень стресса | Мужчины | Женщины |
|-----------------|-----------|-----------|
| Высокий | 1,00-2,00 | 1,00-1,82 |
| Средний | 2,01-3,00 | 1,83-2,82 |
| Низкий | 3,01-4,00 | 2,83-4,00 |

Приложение 2. Оценка уровня жизненного истощения

Как Вы чувствуете себя в последнее время?
(Выберите вариант ответа и обведите нужную цифру)

| | Да | Не знаю | Нет |
|---|----|---------|-----|
| 1) Часто чувствую усталость | 1 | 1 | 0 |
| 2) Мне трудно уснуть | 1 | 1 | 0 |
| 3) За ночь просыпаюсь несколько раз | 1 | 1 | 0 |
| 4) Постоянно чувствую слабость | 1 | 1 | 0 |
| 5) Чувствую себя в расцвете сил | 0 | 1 | 1 |
| 6) Многое не удается | 1 | 1 | 0 |
| 7) Жизнь заводит в тупик | 1 | 1 | 0 |
| 8) По-прежнему половая жизнь приносит удовлетворение | 0 | 1 | 1 |
| 9) Мелочи раздражают все сильнее | 1 | 1 | 0 |
| 10) Чувствую физическое истощение | 1 | 1 | 0 |
| 11) Порой кажется, что лучше умереть | 1 | 1 | 0 |
| 12) Кажется, что нет больше сил | 1 | 1 | 0 |
| 13) Настроение подавленное | 1 | 1 | 0 |
| 14) Каждое утро просыпаюсь с чувством усталости и истощения | 1 | 1 | 0 |

Интерпретация

0-4 — Признаков истощения жизненных сил практически нет.

5-9 — Имеются признаки переутомления.

10-14 — выраженные признаки перенапряжения и переутомления, вызванные длительными и интенсивными нагрузками.

Приложение 3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

| Д | Т | Д | Т |
|---|--|---|--|
| | Я испытываю напряжение, мне не по себе | | Мне кажется, что я стал все делать очень медленно |
| 3 | все время | 3 | практически все время |
| 2 | часто | 2 | часто |
| 1 | время от времени, иногда | 1 | иногда |
| 0 | совсем не испытываю | 0 | совсем нет |
| | То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство | | Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь |
| 0 | определенно, это так | 0 | совсем не испытываю |
| 1 | наверное, это так | 1 | иногда |
| 2 | лишь в очень малой степени это так | 2 | часто |
| 3 | это совсем не так | 3 | очень часто |
| | Мне страшно. Кажется, будто что-то ужасное может вот-вот случиться | | Я не слежу за своей внешностью |
| 3 | определенно это так, и страх очень сильный | 3 | определенно это так |
| 2 | да, это так, но страх не очень сильный | 2 | я не уделяю этому столько времени, сколько нужно |
| 1 | иногда, но это меня не беспокоит | 1 | может быть, я стал меньше уделять этому внимания |
| 0 | совсем не испытываю | 0 | я слежу за собой так же, как и раньше |
| | Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное | | Я испытываю неусидчивость, словно мне постоянно нужно двигаться |
| 0 | определенно, это так | 3 | определенно, это так |
| 1 | наверное, это так | 2 | наверное, это так |
| 2 | лишь в очень малой степени это так | 1 | лишь в очень малой степени это так |
| 3 | совсем не способен | 0 | совсем не испытываю |
| | Беспокойные мысли крутятся у меня в голове | | Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения |
| 3 | постоянно | 0 | точно так, как и обычно |
| 2 | большую часть времени | 1 | да, но не в той степени, как раньше |
| 1 | время от времени | 2 | значительно меньше, чем раньше |
| 0 | только иногда | 3 | совсем так не считаю |
| | Я чувствую себя бодрым | | У меня бывает внезапное чувство паники |
| 3 | совсем не чувствую | 3 | действительно, очень часто |
| 2 | очень редко | 2 | довольно часто |
| 1 | иногда | 1 | не так уж часто |
| 0 | практически все время | 0 | совсем не бывает |
| | Я легко могу сесть и расслабиться | | Я могу получить удовольствие от хорошей книги, фильма, радио- или телепрограммы |
| 0 | определенно, это так | 0 | часто |
| 1 | наверное, это так | 1 | иногда |
| 2 | лишь изредка это так | 2 | редко |
| 3 | совсем не могу | 3 | очень редко |

Д _____ Т _____

Интерпретация

Тревога 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Депрессия 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

- 0-7 — "норма" (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии).
- 8-10 — "субклинически выраженная тревога/депрессия".
- ≥11 — клинически выраженная тревога/депрессия.

Приложение 4. Диагностика склонности к физической агрессии, враждебности и гнев

| № п/п | Утверждение | Не согласен | Скорее не согласен | Не могу определиться | Скорее согласен | Согласен |
|-------|---|-------------|--------------------|----------------------|-----------------|----------|
| 1. | Иногда я не могу сдерживать желание ударить другого человека | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Я быстро вспышкаю, но и быстро остываю | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Бывает, что я просто схожу с ума от ревности | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Если меня спровоцировать, я могу ударить другого человека | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Я раздражаюсь, когда у меня что-то не получается | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Временами мне кажется, что жизнь мне что-то не додала | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Если кто-то ударит меня, я дам сдачи | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Иногда я чувствую, что вот-вот взорвусь | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Другим постоянно везет | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | Я дерусь чаще, чем окружающие | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | У меня спокойный характер | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Я не понимаю, почему иной раз мне бывает так горько | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Если для защиты моих прав мне надо применить физическую силу, я так и сделаю | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Некоторые мои друзья считают, что я вспыльчив | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Я знаю, что мои так называемые друзья сплетничают обо мне | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Некоторые люди своим обращением ко мне могут довести меня до драки | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Иногда я выхожу из себя без особой причины | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Я не доверяю слишком доброжелательным людям | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Я не могу представить себе причину, достаточную, чтобы ударить другого человека | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | Мне трудно сдерживать раздражение | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | Иногда мне кажется, что люди насмеются надо мной за глаза | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. | Бывало, что я угрожал своим знакомым | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | Если человек слишком мил со мной, значит он от меня что-то хочет | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | Иногда я настолько выходил из себя, что ломал вещи | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Шкала | Ключи |
|---------------------|--|
| Физическая агрессия | "+" 1, 4, 7, 10, 13, 16, 22, 24 "- " 19 |
| Гнев | "+" 2, 5, 8, 14, 17, 20 "- " 11 |
| Враждебность | "+" 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23 |

— до 30% от общего числа баллов — отсутствие или незначительная выраженность признака,
— >60% от общего числа баллов — явно выраженный признак, склонность к агрессии.

Нормативные значения

| Шкала | Мужчины | | Женщины | |
|---------------------|---------|-------|---------|-------|
| | М | σ | М | σ |
| Физическая агрессия | 26,49 | 6,22 | 21,53 | 6,49 |
| Гнев | 20,29 | 5,67 | 22,62 | 5,66 |
| Враждебность | 22,08 | 5,21 | 22,81 | 5,66 |
| Общий показатель | 68,85 | 13,15 | 66,97 | 13,44 |

Приложение 5. Рекомендации пациенту

1. Упражнения на расслабление, снятие ПЭМ напряжения

(Любое напряжение в теле напрямую связано с напряжением в психике, и убирая напряжение в теле, мы снижаем психическое напряжение)

- Встряхните руки, потом ноги. Глубоко вдохните, медленно наклонитесь и расслабьтесь. Голова, плечи и руки свободно свешиваются вниз. Дыхание спокойное, медленное, глубокое. Задержитесь в таком положении 1-2 мин, затем очень медленно, позвонок за позвонком выпрямляйтесь.
- Сделать медленный глубокий вдох и подняться на носки, затем — выдох и перекал на пятки. Повторить несколько раз до легкого головокружения — напряжение уйдет.
- "**Достать вишенку**". Предназначено для снижения напряжения мышц плеч, рук и спины. Сядьте на стул, не отрывая ног от пола или просто встаньте. Поднимите обе руки над головой и потяните их к потолку. Представьте, что вы тянетесь к вишенке, висящей на ветке чуть выше кончиков пальцев правой руки. Протяните руку еще на пару см. и сожмите ее в кулак. Удержите такое положение 2-3 сек. Затем расслабьте руку, повторите все действия левой рукой.
- **При первых признаках раздражения, повышения тревоги, агрессивного поведения.** Возьмитесь за железный поручень (станьте на газон, подставьте руку под струю проточной воды, прикоснитесь к стволу дерева). Подержитесь или постоит так секунд 30, лучше пару минут. Дыхание: резкий вздох — медленный плавный выдох. А мысленно представьте, что из вас вытекла в землю вся злость, все раздражение, вся агрессия.

2. Расслабление и снятие напряжения на рабочем месте

- **Ладонки.** Чтобы сбросить нервное напряжение, интенсивно потрите ладони друг об друга до ощущения тепла.
- **Кисть** левой руки плотно обхватите кистью правой руки. Делайте активные круговые "умывающие" движения в вертикальной плоскости. Поменяйте руки.
- Захватите мизинец левой руки (у основания пальца) в кулак правой руки. Медленно, выкручивающим движением (словно снимаете кольцо с пальца), стяните кулак с пальца. Прodelайте упражнение со всеми пальцами по очереди. Затем поменяйте руки.
- **Уши.** Чтобы хорошо *взбодриться* и сосредоточиться на работе, разотрите уши.
- Разомните большим и указательным пальцем ушную раковину левого и правого уха.
- **Расческа.** У каждой женщины в сумочке обязательно есть расческа. Расчесывание волос приятный и легкий способ отвлечься от навалившихся проблем.
- Проглаживайте большим пальцем надбровные дуги.

3. Визуализация

(Приятные воспоминания лучший способ борьбы со стрессом. У тех, кто вспоминал счастливые моменты из прошлого, был зафиксирован более низкий уровень кортизола)

Найдите картинку, которая вас успокаивает. Внимательно посмотрите на нее, а потом закройте глаза, сделайте несколько глубоких вдохов и мысленно перенестись в это место. Непроизвольно вы почувствуете запах свежего воздуха, порыв ветра и отдохнете душой и телом.

4. Если чувствуете себя утомленно и обессилено

- Выйдите после обеда на недолгую и по возможности энергичную прогулку, вместо того чтобы выпить еще одну чашку кофе.
- Если Вы в ярости и теряете над собой контроль, сделайте небольшую пробежку (10-15 мин).
- Потанцуйте 10-15 мин под быструю музыку.
- Попрыгайте 10 мин со скакалкой.

5. Дыхательные техники

- Вдохните медленно, но не очень глубоко. Большим пальцем закройте правую ноздрю. Сделайте медленный выдох через левую. Теперь точно так же вдыхайте левой ноздрей, потом закройте ее двумя пальцами и сделайте выдох правой ноздрей, потом вдох, снова закройте ее и вдыхайте, и выдыхайте через левую. Подышите так 5-10 мин. Несколько циклов такого дыхания помогут вам успокоиться.
- Представьте, что перед вами прекрасная ароматная роза. Вдохните всей грудью ее аромат через нос. А теперь представьте, что перед вами горящая свеча. Выдохните через рот так, чтобы задуть

пламя свечи. Если трудно представить свечу, возьмите лист бумаги, отрежьте полоску, поднесите ко рту на расстоянии 15–20 см и выдыхайте на нее так, чтобы она согнулась. Так делайте до тех пор, пока не почувствуете зевоту.

6. Режим питания

- Увеличить прием жидкости. Чай, кофе и алкоголь — мочегонные средства, поэтому пользы от них нет. Лучше употреблять несладкие фруктовые соки.
- В период интенсивной работы не переедать, но и не мучить себя голоданием. Желудок должен быть спокоен.
- Обеспечить постоянное поступление в организм всех необходимых витаминов и микроэлементов
- Необходим режим сбалансированного питания. Это не диета. Просто приучить себя есть в определенное время, не переедать, но и не голодать.
- В период стресса пищу принимать часто, но небольшими порциями.

Витамины и микроэлементы, помогающие организму преодолевать стрессовые состояния

- Калий (K) — способствует правильному функционированию нервной системы (апельсины, абрикосы, зерновые культуры, орехи, овощи, птица, молоко, сыр).
- Витамины группы B — поддерживают сопротивляемость состояниям страха, помогают предотвращать колебания настроения и раздражительность (рыба, авокадо, картофель). Тиамин (B₁) — смягчает депрессии (бобы, рис, зерна подсолнуха и зерновых).
- Магний (Mg) — заботится об общей защите организма от напряжения (шпинат, ростки пшеницы, бананы, арахис).

Литература/References

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(9):655-79. doi:10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
2. Jha MK, Qamar A, Vaduganathan M, et al. Screening and Management of Depression in Patients with cardiovascular disease: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol.* 2019;73(14):1827-45. doi:10.1016/j.jacc.2019.01.041.
3. Harter M, Baumeister H, Reuter K, et al. Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom.* 2007;76(6):354-60. doi:10.1159/000107563.
4. Crawshaw J, Auyeung V, Norton S, et al. Identifying psychosocial predictors of medication non-adherence following acute coronary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2016;90:10-32. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.09.003.
5. Kivimaki M, Steptoe A. Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol.* 2018;15(4):215-29. doi:10.1038/nrcardio.2017.189.
6. Dar T, Radfar A, Abohashem S, et al. Psychosocial Stress and Cardiovascular Disease. *Curr Treat Options Cardiovasc Med.* 2019;21(5):23. doi:10.1007/s11936-019-0724-5.
7. Zhang WY, Nan N, Song XT, et al. Impact of depression on clinical outcomes following percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2019;9(8):e026445. doi:10.1136/bmjopen-2018-026445.
8. Vaccarino V, Badimon L, Bremner JD, et al. Depression and coronary heart disease: 2018 position paper of the ESC working group on coronary pathophysiology and microcirculation. *Eur Heart J.* 2020;41(17):1687-96. doi:10.1093/eurheartj/ehy913.
9. Petersen BD, Stenager E, Mogensen CB, et al. The association between heart diseases and suicide: a nationwide cohort study. *J Intern Med.* 2020;287(5):558-68. doi:10.1111/joim.13025.
10. Schnyder N, Panczak R, Groth N, et al. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;210:261-8.
11. Henderson C, Noblett J, Parke H, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(6):467-82. doi:10.1016/S2215-0366(14)00023-6.
12. Smulevich AB. Depression in general medicine. Guide for doctors. Moscow: Medical Information Agency. 2001. 782 p. (In Russ.) Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство. 2001. 782 с.
13. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet.* 2018;392(10159):1789-858. doi:10.1016/S0140-6736(19)31047-5.
14. Shal'nova SA, Evstifeeva SE, Deev AD, et al. The prevalence of anxiety and depression in different regions of the Russian federation and its association with sociodemographic factors (according to the data of the ESSE-RF study). *Therapeutic archive.* 2014;86(2):52-9. (In Russ.) Шальнова С. А., Евстифеева С. Е., Деев А. Д. и др. от имени участников исследования ЭССЕ-РФ. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ). *Терапевтический архив.* 2014;86(2):52-9. doi:10.17116/terarkh2014861253-60.
15. Oganov RG, Olbinskaya LI, Smulevich AB, et al. Depressions and disorders of depressive spectrum in general medical practice. Results of the compas program. *Kardiologija.* 2005;44(1):48-54. (In Russ.) Оганов Р. Г., Ольбинская Л. И., Смулевич А. Б. и др.

- Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС. Кардиология. 2004;44(1):48-54.
16. Chazov EI, Oganov RG, Pogossova GV. Clinico-epidemiological program of the study of depression in cardiological practice in patients with hypertension and ischemic heart disease (координата): first results of multicenter study. *Kardiologiya*. 2005;11:4-11. (In Russ.) Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Н.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования. *Кардиология*. 2005;45(11):4-11.
 17. Pogossova NV, Sokolova OYu, Yufereva YuM, et al. Psychosocial risk factors in patients with most common cardiovascular diseases such as hypertension and coronary artery disease (based on results from the russian multicenter comet study). *Kardiologiya*. 2018;59(8):54-63. (In Russ.) Погосова Н.В., Соколова О.Ю., Юферева Ю.М. и др. Психосоциальные факторы риска у больных АГ/ИБС: первые результаты российского многоцентрового исследования КОМЕТА. *Кардиология*. 2018;59(8):54-63. doi:10.18087/cardio.2019.8.n469.
 18. Pogossova N, Saner H, Pedersen SS, et al. Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: from theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22(10):1290-306. doi:10.1177/2047487314543075.
 19. Pogossova NV, Koltunov IE, Yufereva YuM. Anxiety disorders in cardiology practice: current evidence on the problem. *Russian Journal of Cardiology*. 2010;(5):98-102. (In Russ.) Погосова Н.В., Колтунов И.Е., Юферева Ю.М. Тревожные расстройства в кардиологической практике: состояние проблемы. *Российский кардиологический журнал*. 2010;(5):98-102.
 20. Roest AM, Martens EJ, Denollet J, et al. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: A meta-analysis. *Psychosom Med*. 2010;72(6):563-9. doi:10.1097/PSY.0b013e3181dbff97.
 21. Smoller JW, Pollack MH, Wassertheil-Smoller S, et al. Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(10):1153-60. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1153.
 22. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129(12):1350-69. doi:10.1161/CIR.0000000000000019.
 23. Pogossova GV. Depression — a risk factor for coronary heart disease and a predictor of coronary death: 10 years of scientific research. *Kardiologiya*. 2012;52(12):6-13. (In Russ.) Погосова Г.В. Депрессия — фактор риска развития ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти: 10 лет научного поиска. *Кардиология*. 2012;52(12):6-13.
 24. Kamphuis MH, Kalmijn S, Tijhuis MAR, et al. Depressive symptoms as risk factor of cardiovascular mortality in older European men: the Finland, Italy and Netherlands Elderly (Fine) study. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006;13(2):199-206. doi:10.1097/01.hjr.0000188242.64590.92.
 25. De Miranda Azevedo R, Roest AM, Hoen PW, 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;44(13):2689-703. doi:10.1017/S0033291714000063.
 26. Van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: A meta-analysis. *Psychosom Med*. 2004;66(6):814-22. doi:10.1097/01.psy.0000146294.82810.9c.
 27. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an etiologic and prognostic factor in coronary heart disease: A meta-analysis of 6362 events among 146'538 participant in 54 observational studies. *Eur Heart J*. 2006;27(23):2763-74. doi:10.1093/eurheartj/ehl338.
 28. Oganov RG, Pogossova GV, Koltunov IE, et al. Depressive symptoms worsen the prognosis of cardiovascular diseases and reduces the life expectancy of patients with arterial hypertension and coronary heart disease. *Kardiologiya*. 2011;51(2):59-66. (In Russ.) Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. и др. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. *Кардиология*. 2011;51(2):59-66.
 29. Remi J, Pollmacher T, Spiegelhalder K, et al. Sleep-related disorders in neurology and psychiatry. *Dtsch Arztebl Int*. 2019;116(41):681-8. doi:10.3238/arztebl.2019.0681.
 30. Kalmbach DA, Cuamatzi-Castelan AS, Tonnu CV, et al. Hyperarousal and sleep reactivity in insomnia: current insights. *Nat Sci Sleep*. 2018;10:193-201. doi:10.2147/NSS.S138823.
 31. Hennein R, Hwang SJ, Au R, et al. Barriers to medication adherence and links to cardiovascular disease risk factor control: the Framingham Heart Study. *Intern Med J*. 2018;48(4):414-21. doi:10.1111/imj.13687.
 32. Goldstein CM, Gathright EC, Garcia S. Relationship between depression and medication adherence in cardiovascular disease: the perfect challenge for the integrated care team. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:547-59. doi:10.2147/PPA.S127277.
 33. Seldenhijk A, Vogelzangs N, Batelaan NM, et al. Depression, anxiety and 6-year risk of cardiovascular disease. *J Psychosom Res*. 2015;78(2):123-9. doi:10.1016/j.jpsychores.2014.10.007.
 34. Smolderen KG, Spertus JA, Gosch K, et al. Depression treatment and health status outcomes in young patients with acute myocardial infarction: insights from the VIRGO study (variation in recovery: role of gender on outcomes of young AMI patients). *Circulation*. 2017;135(18):1762-4. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.116.027042.
 35. Pedersen SS, von Känel R, Tully PJ, et al. Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(3_suppl):108-15. doi:10.1177/2047487317703827.
 36. Rozanski A. Behavioral cardiology: current advances and future directions. *J Am Coll Cardiol*. 2014;64:100-10. doi:10.1016/j.jacc.2014.03.047.
 37. Schultz WM, Kelli HM, Lisko JC, et al. Socioeconomic Status and Cardiovascular Outcomes: Challenges and Interventions. *Circulation*. 2018;137(20):2166-78. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.117.029652.
 38. Katsarou A, Triposkiadis F, Skoularigis J, et al. Evaluating the role of perceived stress on the likelihood of having a non — fatal acute coronary syndrome: a case-control study. *Open Cardiovasc Med J*. 2014;8:68-75. doi:10.2174/1874192401408010068.
 39. Kivimaki M, Jokela M, Nyberg ST, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603838 individuals. *Lancet*. 2015;386(10005):1739-46. doi:10.1016/S0140-6736(15)60295-1.

40. Chandola T, Britton A, Brunner E, et al. Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms? *Eur Heart J*. 2008;29(5):640-8. doi:10.1093/eurheartj/ehm584.
41. Cohen BE, Edmondson D, Kronish IM. State of the Art Review: Depression, Stress, Anxiety, and Cardiovascular Disease. *Am J Hypertens*. 2015;28(11):1295-302. doi:10.1093/ajh/hpv047.
42. Heslop P, Smith GD, Carroll D, et al. Perceived stress and coronary heart disease risk factors: the contribution of socio-economic position. *Brit J health psychol*. 2001;6(Pt2):167-78. doi:10.1348/135910701169133.
43. Ng DM, Jeffery RW. Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health psychology*. 2003;22(6):638-42. doi:10.1037/0278-6133.22.6.638.
44. Kislitsyna O.A. Inequality in the distribution of income and health in modern Russia. Moscow: RIC ISEPN. 2005. 376 p. (In Russ.) Кислицына О.А. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. М.: РИЦ ИСЭПН. 2005. 376 с. ISBN 5-87902-093-2.
45. Rimashevskaya NM, Kislitsyna OA. Inequality of income and health. *Population*. 2004;24(2):5-17. (In Russ.) Римашевская Н.М., Кислицына О.А. Неравенство доходов и здоровья. *Народонаселение*. 2004;24(2):5-17.
46. Layte R. The Association Between Income Inequality and Mental Health: Testing Status Anxiety, Social Capital, and Neo-Materialist Explanations. *European Sociological Review*. 2012;28(4):498-511. doi:10.1093/ESR/JCR012.
47. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*. 2015;128:316-26. doi:10.1016/j.socscimed.2014.12.031.
48. Kislitsyna OA. The influence of socio-economic factors on the state of health: the role of absolute or relative deprivation. *Journal of Social Policy Research*. 2015;13(2):289-302. (In Russ.) Кислицына О.А. Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений. *Журнал исследований социальной политики*. 2015;13(2):289-302.
49. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2468-81. doi:10.1056/NEJMsa0707519.
50. Gerber Y, Goldbourt U, Drory Y. Interaction between income and education in predicting long-term survival acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2008;15(5):526-32. doi:10.1097/HJR.0b013e328304feac.
51. Alter DA, Franklin B, Ko DT, et al. Socioeconomic status, functional recovery, and long-term mortality among patients surviving acute myocardial infarction. *PLoS One*. 2014;8(6):e65130. doi:10.1371/journal.pone.0065130.
52. Anand SS, Islam S, Rosengren A, et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *Eur Heart J*. 2008;29(7):932-40. doi:10.1093/eurheartj/ehn018.
53. Song YM, Ferrer RL, Cho SI, et al. Socioeconomic status and cardiovascular disease among men: the Korean national health service prospective cohort study. *Am J Public Health*. 2006;96(1):152-9. doi:10.2105/AJPH.2004.061853.
54. Khaing W, Vallibhakara SA, Attia J, et al. Effects of education and income on cardiovascular outcomes: A systematic review and metaanalysis. *Eur J Prev Cardiol*. 2017;24(10):10321042. doi:10.1177/2047487317705916.
55. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al.; INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):953-62. doi:10.1016/S0140-6736(04)17019-0.
56. Gallo LC, Roesch SC, Fortmann AL, et al. Associations of chronic stress burden, perceived stress, and traumatic stress with cardiovascular disease prevalence and risk factors in the Hispanic community health Study/Study of Latinos sociocultural ancillary study. *Psychosom Med*. 2014;76(6):468-75. doi:10.1097/PSY.000000000000069.
57. Hackett RA, Steptoe A. Type 2 diabetes mellitus and psychological stress — a modifiable risk factor. *Nat Rev Endocrinol*. 2017;13(9):547-60. doi:10.1038/nrendo.2017.64.
58. Isasi CR, Parrinello CM, Jung MM, et al. Psychosocial stress is associated with obesity and diet quality in Hispanic/Latino adults. *Ann Epidemiol*. 2015;25(2):84-9. doi:10.1016/j.annepidem.2014.11.002.
59. Argentieri MA, Seddighzadeh B, Noveroske Philbrick S, et al. A Roadmap for conducting psychosocial research in epidemiological studies: perspectives of cohort study principal investigators. *BMJ Open*. 2020;10(7):e037235. doi:10.1136/bmjopen-2020-037235.
60. Rozanski A. Psychosocial risk factors and cardiovascular disease: epidemiology, screening, and treatment considerations. *Cardiovasc. Innov. Applic*. 2016;1(4):417-31. doi:10.15212/CVIA.2016.0033.
61. Pogosova NV, Boitsov SA, Oganov RG, et al. on behalf of researchers of 30 Russian centers. Psychosocial risk factors in outpatient patients with arterial hypertension and coronary heart disease in 30 cities of Russia: according to the COMET study. *Kardiologija*. 2018;58(11):5-16. (In Russ.) Погосова Н.В., Бойцов С.А., Оганов Р.Г. и др. от имени исследователей 30 российских центров. Психосоциальные факторы риска у амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в 30 городах России: по данным исследования КОМЕТА. *Кардиология*. 2018;58(11):5-16. doi:10.18087/cardio.2018.11.10193.
62. Boitsov SA, Pogosova NV, Bubnova MG, et al. Cardiovascular prevention 2017. National guidelines. *Russian Journal of Cardiology*. 2018;(6):7-122. (In Russ.) Бойцов С.А., Погосова Н.В., Бубнова М.Г. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. *Российский кардиологический журнал*. 2018;(6):7-122. doi:10.15829/1560-4071-2018-6-7-122.
63. Gawlik KS, Melnyk BM, Tan A. Associations Between Stress and Cardiovascular Disease Risk Factors Among Million Hearts Priority Populations. *Am J Health Promot*. 2019;33(7):1063-6. doi:10.1177/0890117119847619.
64. Burr H, Formazin M, Pohrt A. Methodological and conceptual issues regarding occupational psychosocial coronary heart disease epidemiology. *Scand J Work Environ Health*. 2016;42(3):251-5. doi:10.5271/sjweh.3557.
65. Kopina OS, Suslova EA, Zaikin EV. Population studies of psychosocial stress as a risk factor for cardiovascular diseases. *Kardiologija*. 1996;3:53-6. (In Russ.) Копина О.С., Сулова Е.А., Заикин Е.В. Популяционные исследования психосоциального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний. *Кардиология*. 1996;3:53-6.
66. Appels A, Höppener P, Mulder P. A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *Int J Cardiol*. 1987;17(1):15-24. doi:10.1016/0167-5273(87)90029-5.
67. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

68. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1992;63(3):452-9. doi:10.1037/0022-3514.63.3.452.
69. Enikolopov SN, Tsubulsky NP. Psychometric analysis of the Russian version of the Questionnaire for the diagnosis of Aggression by A. Buss and M. Perry. *Psychological Journal.* 2007;28(1):115-24. (In Russ.) Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии Опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри. *Психологический журнал.* 2007;28(1):115-24.
70. Kim JM, Stewart R, Kang HJ, et al. Long-term cardiac outcomes of depression screening, diagnosis and treatment in patients with acute coronary syndrome: the DEPACS study. *Psychol Med.* 2021;51(6):964-74. doi:10.1017/S003329171900388X.
71. Lokkegaard T, Andersen JS, Jacobsen RK, et al. Psychological consequences of screening for cardiovascular risk factors in an unselected general population: results from the Inter99 randomised intervention study. *Scand J Public Health.* 2015;43(1):102-10. doi:10.1177/1403494814557886.
72. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, et al. Psychological determinants of heart failure self-care: systematic review and meta-analysis. *Psychosom. Med.* 2016;78(4):412-31. doi:10.1097/PSY.0000000000000270.
73. Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin.* 2012;138(4):655-91. doi:10.1037/a0027448.
74. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol.* 2001;56(3):218-26. doi:10.1037//0003-066x.56.3.218.
75. Thompson DR, Ski CF. Psychosocial interventions in cardiovascular disease — what are they? *Eur J Prev Cardiol.* 2013;20(6):916-7. doi:10.1177/2047487313494031.
76. Müller-Riemenschneider F, Meinhard C, Damm K, et al. Effectiveness of nonpharmacological secondary prevention of coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2010;17(6):688-700. doi:10.1097/HJR.0b013e32833a1c95.
77. Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4(4):CD002902. doi:10.1002/14651858.CD002902.pub4.
78. Orth-Gomer K, Schneiderman N, Wang HX. Stress reduction prolongs life in women with coronary disease: the Stockholm Women's Intervention Trial for Coronary Heart Disease (SWITCHD). *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2009;2(1):25-32. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.108.812859.
79. Gulliksson M, Burell G, Vessby B. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Arch Intern Med.* 2011;171(2):134-40. doi:10.1001/archinternmed.2010.510.
80. Virgili M. Mindfulness-based interventions reduce psychological distress in working adults: A meta-analysis of intervention studies. *Mindfulness.* 2015;6(2):326-37. doi:10.1007/s12671-013-0264-0.
81. Shi L, Zhang D, Wang L. Meditation and blood pressure. *Journal of Hypertension.* 2017;35(4):696-706. doi:10.1097/HJH.0000000000001217.
82. Blumenthal JA, Sherwood A, Smith PJ. Enhancing cardiac rehabilitation with stress management training: a randomized, clinical efficacy trial. *Circulation.* 2016;133(14):1341-50. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.018926.
83. Rozanski A. Exercise as medical treatment for depression. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2021;60(12):1064-6. doi:10.1016/j.jacc.2012.05.015.
84. Rebar AL, Stanton R, Geard D, et al. A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychol Rev.* 2015;9(3):366-78. doi:10.1080/17437199.2015.1022901.
85. Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA, et al. Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2005;293(13):1626-34. doi:10.1001/jama.293.13.1626.
86. Blumenthal JA, Babyak MA, O'Connor C, et al. Effects of exercise training on depressive symptoms in patients with chronic heart failure: the HF-ACTION randomized trial. *JAMA.* 2012;308(5):465-74. doi:10.1001/jama.2012.8720.
87. Dehdari T, Heidarnia A, Ramezankhani A, et al. Effects of progressive muscular relaxation training on quality of life in anxious patients after coronary artery bypass graft surgery. *Indian J Med Res.* 2009;129(5):603-8.
88. Chung LJ, Tsai PS, Liu BY, et al. Home-based deep breathing for depression in patients with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2010;47(11):1346-53. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.007.
89. Bostock S, Crosswell AD, Prather AA, et al. Mindfulness on-the-go: Effects of a mindfulness meditation app on work stress and well-being. *J Occup Health Psychol.* 2019;24(1):127-38. doi:10.1037/ocp0000118.
90. Condon P, Desbordes G, Miller WB, et al. Meditation increases compassionate responses to suffering. *Psychological Science.* 2013;24(10):2125-7. doi:10.1177/0956797613485603.
91. Lim D, Condon P, De Steno D. Mindfulness and compassion: An examination of mechanism and scalability. *PLoS ONE.* 2015;10(2):e0118221. doi:10.1371/journal.pone.0118221.
92. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clin Psychol Sci Pract.* 2003;10(2):144-56. doi:10.1093/clipsy.bpg016.
93. McConville J, McAleer R, Hahne A. Mindfulness Training for Health Profession Students-The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Non-randomized Controlled Trials. *Explore (NY).* 2017;13(1):26-45. doi:10.1016/j.explore.2016.10.002.
94. Mayou RA, Thompson DR, Clements A, et al. Guideline-based early rehabilitation after myocardial infarction. A pragmatic randomised controlled trial. *J. Psychosom. Res.* 2002;52(2):89-95. doi:10.1016/s0022-3999(01)00300-2.
95. Oranta O, Luutonen S, Salokangas RK, et al. The outcomes of interpersonal counselling on depressive symptoms and distress after myocardial infarction. *Nordic J Psychiatry.* 2010;64(2):78-86. doi:10.3109/08039480903402227.
96. Appels A, van Elderen T, Bar F, et al. Effects of a behavioural intervention on quality of life and related variables in angioplasty patients: results of the exhaustion intervention trial. *J Psychosom Res.* 2006;61(1):1-7. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.12.008.
97. Park JH, Tahk SJ, Bae SH, et al. Effects of a psychoeducational intervention for secondary prevention in Korean patients with coronary artery disease: a pilot study. *Int J Nurs Pract.* 2013;19(3):295-305. doi:10.1111/ijn.12067.
98. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M. The ENRICH Investigators: Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The Enhancing

- Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) randomized trial. JAMA. 2003;289(23):3106-16. doi:10.1001/jama.289.23.3106.
99. Krasnov VN, Veltischev DYu, Bobrov AE, et al. affective spectrum disorders in general medical practice (principles of therapy and partnership of psychiatrists and internists) Methodological recommendations. M: FSBI "NMIC named after V.P. Serbsky" of the Ministry of Health of Russia. 2021. 32 p. (In Russ.) Краснов В. Н., Вельтищев Д. Ю., Бобров А. Е. и др. расстройства аффективного спектра в общей медицинской практике (принципы терапии и партнерского взаимодействия психиатров и интернистов) Методические рекомендации. М: ФГБУ "НМИЦ им. В.П. Сербского" Минздрава России. 2021. 32 с.
100. Psychosomatic disorders in clinical practice. Ed. Smulevich A. B. M.: MEDpress-inform. 2016. 776 p. (In Russ.) Психосоматические расстройства в клинической практике. Под ред. Смуглевича А. Б. М.: МЕДпресс-информ. 2016. 776 с. ISBN 978-5-00030-295-8.
101. Pizzi C, Rutjes AW, Costa GM, et al. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitors in patients with depression and coronary heart disease. Am J Cardiol. 2011;107(7):972-9. doi:10.1016/j.amjcard.2010.11.017.
102. Akarachkova ES, Baidauletova AI, Belyaev AA, et al. Stress: causes and consequences, treatment and prevention. Clinical recommendations. St. Petersburg: Scythia-print; M.: Profmedpress. 2020. p. 138. (In Russ.) Акарачкова Е. С., Байдаuletова А. И., Беляев А. А. и др. Стресс: причины и последствия, лечение и профилактика. Клинические рекомендации СПб.: Скифия-принт; М.: Профмедпресс. 2020. с. 138.
103. Kim JM, Stewart R, Lee YS, et al. Effect of Escitalopram vs Placebo Treatment for Depression on Long-term Cardiac Outcomes in Patients with Acute Coronary Syndrome: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2018;320(4):350-8. doi:10.1001/jama.2018.9422.
104. Vai B, Mazza MG, Delli Colli C, et al. Mental disorders and risk of COVID-19-related mortality, hospitalisation, and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis. The Lancet. Psychiatry. 2021;8(9):797-812. doi:10.1016/S2215-0366(21)00232-732.
105. He W, Zhou Y, Ma J, et al. Effect of antidepressants on death in patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis. Heart Fail Rev. 2020;25(6):919-26. doi:10.1007/s10741-019-09850-w.
106. Honkola J, Hookana E, Malinen S, et al. Psychotropic medications and the risk of sudden cardiac death during an acute coronary event. Eur Heart J. 2012;33(6):745-51. doi:10.1093/eurheartj/ehr368.
107. Wang SM, Han C, Bahk WM, et al. Addressing the Side Effects of Contemporary Antidepressant Drugs: A Comprehensive Review. Chonnam Med J. 2018;54(2):101-12. doi:10.4068/cmj.2018.54.2.101.
108. Psychiatry. National leadership. Ed. Alexandrovsky Yu.A., Neznанov N.G. M.: GEOTAR-Media 2020. p. 1008. (In Russ.) Психиатрия. Национальное руководство. Под ред. Александровского Ю. А., Незнанов Н. Г. М.: ГЭОТАР-Медиа 2020. с.1008. ISBN 978-5-9704-5414-5.