

ПСИХОДИНАМИЧЕСКИЕ И КОГНИТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹Михель Н.Д., ¹ Корсунова Е.Н., Соколов И.М.

¹Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения России, e-mail: nadmikhel@yandex.ru

В статье произведен анализ зарубежной и отечественной литературы по вопросу комплексной оценки статуса кардиологического пациента с ишемической болезнью сердца, фибрилляцией предсердий, хронической сердечной недостаточностью. Рассмотрены показатели кардиоваскулярного риска и параметры сердечно-сосудистой системы в качестве предикторов психодинамических и когнитивных изменений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и фибрилляцией предсердий ишемического генеза. Оценена роль наследственных психологических особенностей и приобретенных свойств личности больного, как фактор развития сердечно-сосудистой патологии. Проанализированы основные методики для оценки когнитивного дефицита и психологического статуса пациентов с учетом результатов международных исследований. В условиях современного мира рассмотрено влияние психоэмоционального стресса в роли предиктора психодинамических и когнитивных изменений у пациентов с ИБС, ФП, ХСН, утяжеляющего воздействие других кардиоваскулярных факторов риска. Предложен подход рассмотрения наследственных особенностей личности пациента в качестве совокупности психодинамических и когнитивных параметров.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий, психодинамическая конституция, когнитивные дисфункции.

PSYCHODYNAMIC AND COGNITIVE CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

¹Mikhel N.D., ¹ Korsunova E.N., ¹ Sokolov I.M.

¹“Saratov State medical university named after V.I. Razumovsky” Ministry of health care of Russia, e-mail: nadmikhel@yandex.ru

The article analyzes the foreign and native literature on a comprehensive assessment of the status of cardiac patients with coronary artery disease, atrial fibrillation, congestive heart failure. Considered indicators of cardiovascular risk and the parameters of the cardiovascular system as predictors of psychodynamic and cognitive changes in patients with chronic heart failure and atrial fibrillation, ischemic. The role of hereditary and acquired psychological features of personality traits of the patient as a factor in the development of cardiovascular disease. Analyzed the main methods for the assessment of cognitive deficits and psychological status of patients based on the results of international research. In today's world we examine the effect of emotional stress as a predictor of psychodynamic and cognitive changes in patients with coronary artery disease, AF, CHF, weighting effects of other cardiovascular risk factors. An approach considering individual hereditary characteristics of the patient as a set of psychodynamic and cognitive parameters.

Keywords: ischemic heart disease, atrial fibrillation, psychodynamic Constitution, cognitive dysfunction.

Ишемическая болезнь сердца и фибрилляция предсердий в структуре смертности, статистические данные

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре смертности взрослого населения России – 55% от общего числа умерших [34, 16], среди основных нозологий можно выделить ишемическую болезнь сердца (ИБС) и фибрилляцию предсердий (ФП), которые также часто сочетаются друг с другом. Фибрилляция предсердий также является одним из самых частых и распространенных во всем мире нарушений сердца,

в США ФП страдает около 2,4 миллион человек. Полагают, что к 2050 г. число больных ФП может составить более 5,6 миллионов [2].

ИБС и ФП грозят пациентам рядом ментальных «катастроф»: церебральными инсультами, кардиоцеребральными эмболиями, транзиторными ишемическими атаками.

Факторы кардиоваскулярного риска, роль психоэмоциональных воздействий

В течение многих лет концепция профилактики кардиоваскулярных заболеваний основывалась на контроле над различными факторами риска, такими как артериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет, ожирение и курение [27]. Факторы кардиоваскулярного риска (КВР) принято разделять на модифицируемые и немодифицируемые [26]. К немодифицируемым относят возраст, мужской пол, наследственность. К основным модифицируемым факторам КВР можно отнести артериальную гипертензию, сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе, избыточную массу тела, курение, гиподинамию, избыточное потребление алкоголя, нарушение обмена мочевой кислоты, загрязнение воздуха, психоэмоциональный стресс [29].

Психоэмоциональные воздействия входят в число основных факторов риска ИБС и ФП, наряду с социальными (стресс на работе и в семейной жизни, низкий социально-экономический статус, социальная изоляция и недостаток социальной поддержки) [29], детерминирующими психологическими характеристиками личности и психическими расстройствами (тревога, депрессия), являются предикторами психодинамических и когнитивных расстройств у данной группы пациентов [8].

Быстрый рост смертности в России в начале 90-х гг., в том числе и от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), совпал с политическими и экономическими преобразованиями в стране, связанными с воздействием на население психосоциальных факторов риска. Исследование, проведенное в одном из районов Москвы на двух случайных выборках в 1989 и 1994 гг., показало заметный рост психосоциального напряжения [6]. Спустя почти 20 лет ситуация принципиально мало изменилась, так как новые времена влекут новые стрессы [19].

Остаётся признать, что быть вне влияния окружающего исторически-социального напряжения невозможно, поэтому, вероятно, психоэмоциональный стресс трудно признать полностью модифицируемым фактором риска. И сам сердечно-сосудистый больной, находясь под такого рода постоянным воздействием, претерпевает изменения, которые могут влиять на другие факторы кардиоваскулярного риска [31, 47, 5].

Взаимосвязь факторов кардиоваскулярного риска

Проводившиеся исследования демонстрировали взаимосвязи липидного обмена, отмечает R.M. Carney, K.E. Freedland, S.A. Eisen et al. (1995), уровня воспаления,

нарушение работы свертывающей системы крови и эндотелиальной функции, указывают S. M. Consoli (1993), T.G. Allison, D.E. Williams, T.D. Miller (1995), с выраженностью депрессивных и тревожных расстройств у пациентов с ИБС и ФП [10]. К последствиям действия депрессии и тревоги на организм пациента относят гиперреактивность гипоталамо-гипофизарной системы [22], приводящую к гиперкортизолемии, и инсулинорезистентности, гиперпродукции стероидов, повышению артериального давления (АД), увеличению частоты сердечных сокращений, снижению вариабельности сердечного ритма, спазму коронарных артерий, повышению свертываемости крови, прогрессированию атеросклероза и а также усиливается повреждение клеток эндотелия сосудов [32]. Выше перечисленные изменения являются факторами развития и прогрессирования ССЗ.

Среди факторов, предрасполагающих к развитию когнитивных нарушений у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза, можно также выделить возраст, сопутствующие заболевания, образование, низкий уровень альбумина, натрия и калия в плазме крови, гипергликемию [35]. К факторам повреждающим головной мозг пациентов с ХСН относятся повторные кардиоцеребральные эмболии [36], гипоперфузия [1], чему способствуют уровень САД ниже 130 мм рт.ст. [45], величина фракции выброса левого желудочка, как правило, менее 30% [18].

Психодинамические изменения у пациентов с ИБС, ФП, ХСН

У пациентов с ИБС, ФП, ХСН установлены изменения психодинамических особенностей личности.

Современные исследования в области взаимосвязи кардиологических заболеваний и психологических особенностей личности к настоящему времени обнаруживают два подхода к проблеме взаимосвязи индивидуально-типологических свойств личности и развития ССЗ [20].

Первый подход предполагает признание того, что изменение личности и преобладание каких-либо ее свойств, происходит под непосредственным воздействием болезни и зависит от тяжести и течения патологического процесса, по мнению ряда авторов П. Клерссон (1994), С.Дж. Манн (1998), Л.В. Шпак (1999) и др. У пациентов с ИБС после перенесенного инфаркта миокарда развиваются депрессивные состояния [23, 17], пациенты с пароксизмальными нарушениями ритма, как правило, страдают тревожно-фобическими расстройствами [13], у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий чаще выявляют депрессивные расстройства [10], появление агрессивности в поведении у пациентов с ИБС [20]. Пациенты с ХСН ишемического генеза страдают всеми выше

перечисленными изменениями, которые также снижают приверженность к лечению данных пациентов [15].

Второе направление основано на результатах исследований [10, 20, 23, 3] показавших, что определенные свойства личности могут способствовать формированию патологии различных органов и систем, в том числе вести к развитию ССЗ. В структуре личности кардиального больного следует отметить роль факторов, которые усиливают вероятность появления ССЗ: враждебность, агрессивность, экстраверсию, интроверсию, нейротизм, дружелюбие и открытость новому опыту [20].

К наиболее изученным типам личности пациента с ИБС относится коронарный тип А (M. Friedman, R. Roseninan 1960-1974) и тип Д (J. Denollet, 1995). Главными чертами типа А у пациента считаются честолюбие и трудолюбие, которые приводят к потребности в постоянном признании, несмотря на чрезмерные эмоциональные и физические нагрузки. Наличие черт личности типа Д приводит к тому, что пациенты постоянно копят негативные эмоции (отрицательная аффективность) и неэффективно делятся своими переживаниями с окружающими (социальное ингибирование), таким образом копят стресс «внутри себя». Данные пациенты наиболее подвержены развитию «саморазрушения», вследствие врожденной гиперреактивности симпатико-адреналовой системы на эмоционально-напряженные ситуации и наличия «тревожного» стиля жизни, который моделируют сами больные.

Психологические особенности у пациентов с ИБС, ФП, ХСН и методики для их обследования

Для исследования особенностей психики пациентов с ИБС и ФП используется психометрический метод с применением международных валидизированных шкал [7, 3, 12, 50]. Оцениваются отдельные симптомы: тревога, депрессия, соматизация и параметры: качество жизни пациентов [33], самооценка болезни и здоровья [13].

Среди пациентов с сердечно-сосудистой патологией распространен алекситимический профиль личности [28,3]. Алекситимия (от греческого ἀ- — приставка с отрицательным значением, λέξις — слово, θυμός — чувство, буквально «без слов для чувств») - психологическая характеристика личности. Включает следующие особенности: затруднение в определении и описании (вербализации) собственных эмоций и чувств других людей; затруднение в различении эмоций и телесных ощущений; снижение способности к символизации, в частности к фантазии; фокусирование преимущественно на внешних событиях, в ущерб внутренним переживаниям; склонность к конкретному, утилитарному, логическому мышлению при дефиците эмоциональных реакций. Данная особенность дополнительно затрудняет ответы на вопросы тестов и опросников, может приводить к

искажению результатов обследования. Кроме того большинство текстов валидизированных методик переведены с иностранных языков, что может затруднять их использование в многонациональных регионах. Вероятно, для таких пациентов целесообразно применение дополнительных методов диагностики психосоматического статуса личности, к примеру, проективные техники, включая арт-терапевтические методики. К таким методам относится тест, предложенный Максом Люшером [11], применявшийся успешно у пациентов с сердечно-сосудистой патологией [21]. Цветовые стимулы, предложенные автором, понятны людям разного пола, возраста, национальности и вероисповедания [11], удобны в многонациональных регионах, в РФ в том числе. Методика Люшера выявляет не только осознанное отношение испытуемого к цветовым эталонам, но и его неосознанные реакции, что позволяет считать этот метод глубинным. Тест определяет выраженность тревожного и депрессивного компонентов, усредненное преобладание тонуса отделов вегетативной нервной системы, акцентуацию личности на конкретной проблеме, обычно на состоянии здоровья. Пациент, находящийся в стационаре, вовлечен в процесс осознания своей болезни, как социально-биологического конструкта, трансформирующего его жизнь в целом. Тест Люшера просто и быстро позволяет получить дополнительную информацию о состоянии пациента, удобен в комбинации с другими тестами. Методика не утомительна и понятна для пациента, поэтому задействовать ее в рутинной практике доктору, по нашему мнению, достаточно легко и информативно. Тест может быть задействован для уточнения характера ситуационных изменений, что позволит следить за психологической динамикой на фоне проводимого курса основной терапии в стационаре.

Когнитивные особенности у пациентов с ИБС, ХСН, ФП и методики для их обследования

По мере увеличения продолжительности течения ИБС констатирована тенденция к нарастанию когнитивных расстройств (КР) [4, 11, 35, 46]. По классификации предложенной академиком РАМН Яхно Н.Н. в 2005г. когнитивные нарушения делятся по степени тяжести: на легкие, умеренные и тяжелые. Несомненно, является важным определять их на ранних додементных этапах.

У кардиологических пациентов существует тесная связь между когнитивным снижением и наличием ХСН [25]. Когнитивные нарушения приводят к социальным и поведенческим проблемам со снижением комплаентности и увеличением повторных госпитализаций [4, 12]. Когнитивный дефицит оказывает достоверное влияние на показатели смертности у больных с СН старше 65 лет и рассматривается как независимый фактор риска летального исхода при данном заболевании [8]. ХСН связана с появлением у пациентов общего когнитивного снижения [12], включая дефицит памяти и внимания [9, 13], а также

исполнительных функций [14]. Застойную ХСН признают фактором риска деменции у пожилых.

По данным E. Farina, E. Magni, F. Ambrosini et al. (1997) и Y. Miyasaka, M.E. Barnes, R.C. Petersen et al. (2007) в развитии когнитивного дефицита имеют значение нарушения сердечного ритма в основном ФП 1997 [31, 37]. В ряде работ было отмечено, что у лиц с ФП распространённость инсульта, коронарной патологии, заболеваний периферических артерий, когнитивных нарушений достоверно выше, чем без ФП [39, 40, 41, 43, 45]. Pullicino P.M., Wadley V. G., McClure L.A. et al. (2008) отметили, что обнаруженная ассоциация между ФП и когнитивными нарушениями не зависела от наличия инсульта, повышения АД, наличия сахарного диабета и предшествующего инфаркта миокарда [42].

Безусловно, своё наиболее негативное влияние сердечные аритмии проявляют у пациентов с предшествующей церебральной патологией. У больных с ФП отмечаются нарушения всех параметров когнитивных функций [40]. У пациентов с постоянной формой ФП наибольшие изменения констатированы со стороны внимания и вербальной памяти, в то время как при пароксизмальной форме – нарушения долговременной памяти. В их происхождении вероятно роль микроэмболизации или диффузного гипоксического повреждения в следствие гипоперфузии [41]. Развитие когнитивного дефицита предположительно также связано с образованием лакунарных инфарктов, число которых достоверно больше у больных с постоянной ФП [40]. Примерно у 25% больных с ФП при отсутствии неврологической симптоматики при томографии обнаруживаются признаки одного или более одиночных церебральных инфарктов [37]. По данным G.Ravaglia, P.Forti, F.Maioli et al., (2006) и P.M.Pullicino, V. G.Wadley, L.A.McClure et al, (2008) риск развития деменции возрастает при наличии у пациентов ФП [42, 44].

Когнитивные нарушения, несомненно, оказывают негативное влияние на развитие и течение кардиальной патологии. По данным A.Singh-Manoux, S. Sabia, M. Lajnef et al. (2008) у больных с болезнью Альцгеймера и умеренными когнитивными расстройствами без предшествующего анамнеза ИБС отмечается увеличение риска развития эпизодов ишемии миокарда и вентрикулярной аритмии по сравнению со здоровыми лицами [46]. K. M. Stanek, J. Gunstad, R. H. Paul et al. (2009) отмечают, что вариабельность сердечного ритма и депрессия интервала QT достоверно коррелирует со степенью когнитивного снижения [48]. Ряд психосоциальных факторов (неграмотность, депрессия и когнитивное снижение) определяют значительное повышение риска развития застойной ХСН [49].

Среди тестов для определения когнитивного дефицита можно выделить ряд широко применимых в различных медицинских исследованиях и не требующих существенных инструментальных пособий, в частности, mini mental state examination (MMSE) [краткая

шкала оценки психического статуса]. Последняя в основном используется для выявления тяжелых нарушений, достигающих степени деменции [31]. Проведение теста занимает около 10-15 минут, чувствительность по выявлению УКР составляет всего 18% . Методика мини Ког [47], включающая тесты рисования часов и запоминания трех слов, также с успехом применялась у пациентов для выявления когнитивного дефицита, как правило, уже тяжелой степени. Более чувствительными для выявления умеренных когнитивных расстройств (УКР) являются следующие тесты: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (МоСа-тест) [39], методика Векслера, корректурная проба, позволяющая многосторонне изучить показатели внимания и предложенная Benjamin Bourdon ещё в 1895 г. [5], а также некоторые другие. МоСа-тест объединяет задания из MMSE и мини Ког, оценивает различные аспекты когнитивной деятельности: «лобные» функции (тест соединения букв и цифр, беглость речи, обобщения и др.), номинативную функцию речи (называние животных), память, зрительно-пространственный праксис (часы, кубик). Его чувствительность достигает 90%, время выполнения около 10-15 минут, и в настоящее время является одним из рекомендуемых тестов для выявления УКР. На данном этапе диагностики пациентов с ИБС, ХСН, ФП не существует алгоритма для выявления синдрома УКР, проводится изучение эффективности различных нейропсихологических тестов для его выявления. У пациентов с АГ, ИБС, ХСН в исследованиях проводилось определение наличия УКР по шкалам MMSE, субтеста Векслера 5, Векслера 7, корректурной пробы Бурдона [5, 24].

По данным мультицентровых исследований средний балл по шкале MMSE после статистического согласования других параметров был на один балл ниже у больных с СН относительно пожилых больных с патологией сердца, но без СН [25], степень выраженности ХСН положительно коррелировала с тяжестью когнитивных расстройств [1].

Заключение

В соответствии с данными современной литературы у пациентов с ИБС, ХСН, ФП, на фоне соматической патологии развиваются когнитивные расстройства различной степени тяжести, включающие нарушение эмоциональной и ментальной сферы. В проведенных исследованиях удалось уточнить, что на фоне ФП и ХСН ишемического генеза или их сочетания психологические и КР утяжеляют состояние пациента, поэтому их раннее выявление и коррекция улучшает прогноз для пациента. На данном этапе диагностики пациентов с ИБС, ХСН, ФП не существует последовательного алгоритма для выявления синдрома УКР. Среди информативных методик тестирования когнитивного дефицита можно выделить тесты MMSE, субтесты Векслера 5, Векслера 7, корректурная проба Бурдона, МоСа-тест, методики могут использоваться как по отдельности, так и совместно дополняя друг друга. Нам представляется, что при оценке психологического статуса пациента

(врожденные изменения личности: темперамент, характер, алекситимический профиль и приобретенные особенности тревога, депрессия, агрессивно-фобические расстройства и т.д.) целесообразно использовать также комбинацию психометрических методик, включающую в себя опросники, шкалы и проективные тесты, например тест Люшера.

Психоэмоциональный стресс, по нашему мнению, является в условиях современного мира плохо модифицируемым пролонгируемым предиктором психодинамических и когнитивных изменений у пациентов с ИБС, ФП, ХСН, утяжеляя воздействие других кардиоваскулярных факторов риска. Наследственные особенности личности пациента следует рассматривать как совокупность психодинамических и когнитивных параметров больного.

Список литературы

1. Акимова Н.С., Персашвили Д.Г., Мартынович Т.В., Шварц Ю.Г. Когнитивные расстройства и состояние серого вещества головного мозга при ХСН на фоне ИБС // Сердечная недостаточность. – 2011. - № 5. – С. 282–285.
2. Бокерия Л.А., Шенгелия Л.Д. Механизмы фибрилляции предсердий: от идей и гипотез к эффективному пониманию проблемы// Анналы аритмологии. – 2014. – Т.11, №1. – С. 5.
3. Грекова Т.И., Провоторов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В. Алекситимия в структуре личности больных ишемической болезнью сердца. Клиническая медицина -1997; -11: 32-34..
Kauhanen J., Kaplan G.A., Cohen R.D. et al. Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease. Psychosom Med. – 1994; – 56: 3: -237-244.
4. Дамулин И.В. Патогенетические, диагностические и терапевтические аспекты сосудистых когнитивных нарушений // Consilium medicum. – 2006. - №8. – С.80-85.
5. Корректурная проба (Тест Бурдона) / Альманах психологических тестов. М., 1995, С.107-111; Захаров В.В. Всероссийская программа исследований эпидемиологии и терапии когнитивных расстройств в пожилом возрасте («Прометей») // Неврол. журн. – 2006. – Т. 11, № 3.– С. 27-32.
6. Копина О.С., Сулова С.Ф., Заикин Е.Р. Популяционные исследования психосоциального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний// Кардиология. – 1996. – Т. 3. – С. 20-24.
7. Копылов Ф.Ю. Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонической болезни, ИБС, ФП): дис. канд. мед. наук.– М., 2009. – С. 30-33; Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. – М., 2010. – С. 1024.

8. Костюченко А.Л., Семиголовский Н.Ю. Современные реальности клинического применения антигипоксантов // Фарминдекс Практик. – 2002. – 3.
9. Левин О.С. Когнитивные нарушения в практике терапевта: заболевания сердечно-сосудистой системы // Consilium medicum. – 2009. – 2. – С. 55-61.
10. Ломакин В.В., Копылов Ф.Ю., Никитина Ю.М., Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психосоматические особенности течения фибрилляции предсердий. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2009. - № 2. – 1. – С. 61-65.
11. Люшер М. Сигналы личности. 1974;Собчик Л. Н. Метод цветowych выборов. Практическое руководство. – М., 2009.
12. Наумова Е.А., Шварц Ю.Г. Выполнение больными врачебных назначений: эффективны ли вмешательства, направленные на улучшение этого показателя?// Международный журнал медицинской практики. – 2006. - №1. – С. 48.
13. Недоступ А.В., Соловьева А.Д., Санькова Т.А. Психофункциональные корреляции у пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий // Терапевтический архив. – 2001. - №73 (9). – С. 55-61.
14. Ольбинская Л.И., Сизова Ж.М. Хроническая сердечная недостаточность. М.: Реафарм, 2001;
15. Пилевина Ю.В. Психосоматические особенности и комплаентность у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Автореф. дисс. – СПб., 2012.
16. Российский статистический ежегодник. Статистический сборник. Официальное издание. -М. Госкомстат России 2002(и за 1994-2001 гг.); Смертность населения Российской Федерации – 2002 г. (Статистические материалы Минздрава России) М., 2003 (и за 1991-2000гг.),12,13 12. Демографический ежегодник России 2000: статистический сборник. Официальное издание. — М.: Госкомстат России — 2002 (и за 1993-1999 гг.).
17. Семиглазова М.В. Клинические варианты и динамика расстройств депрессивного спектра у пациентов после острого инфаркта миокарда: дис. канд. мед. наук. – М., 2008. – С. 54-54.
18. Сёмушкина Елена Геннадьевна «Прогностические критерии прогрессирования когнитивных нарушений у больных дисциркуляторной энцефалопатией» дис. канд. мед. наук. – М., 2012.
19. Скрипцова А.Я., Шварц Ю.Г. Факторы риска артериальной гипертонии у сотрудников уголовно-исполнительной системы.// Русский медицинский журнал. – 2006. – Т.14., №21. – С. 1574.
20. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М., 2005.

21. Чухнин Е.В., Амиров Н.Б., Халиуллина Л.А. Взаимосвязь особенностей психоэмоционального реагирования (по тесту Люшера) и основных параметров variability сердечного ритма при ИБС и гипертонической болезни. // *Фундаментальные исследования*. – 2011. - № 7. – С. 155-158.
22. Сарвир И. Н. Сравнительные данные экспериментально-психологического исследования личности больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца с тревожными состояниями // *Медицинские исследования*. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 41–43.
23. Шварц Ю.Г., Салеева Е.В. Вегетативные нарушения у больных с пароксизмальной наджелудочковой тахикардией.// *Кардиология*. – 2001. - № 7. – С. 25.
24. Яковенко Т.В., Шубик Ю.В., Костюк Г.П., Крятова Т.В. Структура и динамика нозогенных психических реакций у больных с различными формами фибрилляции предсердий // *Вестник аритмологии*. – 2006. - №44. – С. 26-29.
25. Н.Н. Яхно, В.В. Захаров, Е.Я. Страчунская и др. Лечение недементных когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией и церебральным атеросклерозом (По данным Российского мультицентрового исследования «ФУЭТЕ») / // *Неврологический журнал*. – 2012. - № 4. – С. 49-55.
26. Acanfora D., Trogano I., Iannuzzi G.I. et al. The brain in congestive heart failure // *Arch Gerontol Geriatr* – 1996.-Vol. 23.-P.247–256.
27. ACCF/AHA 2009 Performance Measures for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults. A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop Performance Measures for Primary Prevention of Cardiovascular Disease). // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2009. – Vol. 54, No. 14. – P. 1364–1405.
28. Almeida O.P., Flicker L. The mind of a failing heart: a systematic review of the association between congestive heart failure and cognitive functioning // *Intern Med J.*- 2001.- 31 (5).-P. 290–2954.
29. Bach M., Bach D., de Zwaan M. Independency of alexithymia and somatization. A factoranalytic study. *Psychosomatics* -1996; -37: 5:- P. 451-458.
30. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. // *European Journal of Cardiovascular Prevention*. – 2007. – Vol. 14. – (Supp. 2) – P. 1-40.
31. Farina E., Magni E., Ambrosini F., Manfredini R., Binda A., Sina C., Mariani C. Neuropsychological deficits in asymptomatic atrial fibrillation // *Acta Neurol Scand*-1997.-Vol. 96 (5).-P. 310–316.

32. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. « Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // *Journal of psychiatric research*.- 1975.- 12(3).- P.189-98.
33. Friedman M., Thoresen C.E. Alteration of Type A Behavior and Its Effect on Cardiac Recurrences in Post Myocardial Infarction Patients: Summary Results of the Recurrent Coronary Prevention Project // *American Heart Journal* -1986. -Vol.112 (4). -P.653-665.
34. Fukuta Y., Fukuta M., Hayashi E. et al. Improvement of Mental Health and the Quality of Life After Catheter Ablation for Paroxysmal Supraventricular Tachycardia // *Japan Journal of Public Health* -2004. -Vol.51 (8). -P.592-602.
35. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2011.
36. Halling A., Berglund J. Association of diagnosis of ischaemic heart disease, diabetes mellitus and heart failure with cognitive function in the elderly population // *Eur J Gen Pract.* - 2006.- Vol. 12 (3).- P.114–119.
37. Hamazaki T. et al. Blood viscosity and disease // *Therapeutic research*. -1985.-Vol 2 (1).-P. 64–70.
38. Kilander L., Andren B., Nyman H., Lind L., Boberg M., Lithell H. Atrial fibrillation is an independent determinant of low cognitive function: a cross-sectional study in elderly men // *Stroke* - 1998.-Vol. 29 (9).-P. 1816–1820.
39. Miyasaka Y., Barnes M.E., Petersen R.C., Cha S.S., Bailey K.R., Gersh B.J., Casclang-Verzosa G., Abhayaratna W.P., Seward J.B., Iwasaka T., Tsang T.S. Risk of dementia in stroke-free patients diagnosed with atrial fibrillation: data from a community-based cohort // *Eur Heart J*-2007.- Vol. 28 (16).-P. 1962–1967.
40. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bedirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I., et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53:695–699.
41. Ott A., Breteler M.M., de Bruyne M.C., van Harskamp F., Grobbee D.E., Hofman A. Atrial fibrillation and dementia in a population-based study. The Rotterdam Study // *Stroke* - 1997.-Vol. 28 (2).-P. 316–321.
42. Park H., Hildreth A., Thomson R., O'Connell J. Non-valvular atrial fibrillation and cognitive decline: a longitudinal cohort study // *Age Ageing*- 2007.-Vol. 36 (2).- P. 157–163.
43. Pullicino P.M., Wadley V. G., McClure L.A., Safford M.M., Lazar R.M., Klapholz M., Ahmed A., Howard V. J., Howard G. Factors contributing to global cognitive impairment in heart failure: results from a population-based cohort // *J Card Fail*- 2008.Vol. 14 (4).- P.290–295.

44. Puccio D., Novo G., Baiamonte V., Nuccio A., Fazio G., Corrado E., Coppola G., Muratori I., Vernuccio L., Novo S. Atrial fibrillation and mild cognitive impairment: what correlation? // *Minerva Cardioangiol*- 2009.-Vol. 57 (2).-P.143–150.
45. Ravaglia G., Forti P., Maioli F., Martelli M., Servadei L., Brunetti N., Pantieri G., Mariani E. Conversion of mild cognitive impairment to dementia: predictive role of mild cognitive impairment subtypes and vascular risk factors // *Dement Geriatr Cogn Disord*- 2006.-Vol. 21 (1). –P. 51–58.
46. Rastas S., Verkkoniemi A., Polvikoski T., Juva K., Niinisto L., Mattila K., Lansimies E., Pirttila T., Sulkava R. Atrial fibrillation, stroke, and cognition: a longitudinal population-based study of people aged 85 and older // *Stroke*- 2007.- Vol. 38 (5).- P. 1454–1560.
47. Singh-Manoux A., Sabia S., Lajnef M., Ferrie J.E., Nabi H., Britton A.R., Marmot M.G., Shipley M.J. History of coronary heart disease and cognitive performance in midlife: the Whitehall II study // *European Heart Journal*-2008.- 22.
48. Scanlan J., Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:216—22.
49. Stanek K.M., Gunstad J., Papeul R.H., Poppas A., Jefferson A.L., Sweet L.H., Hoth K.F., Haley A.P., Forman D.E., Cohen R.A. Longitudinal cognitive performance in older adults with cardiovascular disease: evidence for improvement in heart failure // *J Cardiovasc Nurs*-2009.- Vol. 24 (3) -P. 192–197.
50. Trojano C., Anderson C., Chapman N. et al. Cognitive Impairment: a key feature of congestive heart failure in the elderly // *J Neurol*- 2003.- Vol. 250-P. 1456–1463.
51. Zigmond AS, Snath RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*1983;67:361-370.

Рецензенты:

Олейников В.Э, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии Медицинского института Пензенского Государственного университета, г. Пенза;

Клочков В.А., д.м.н., заведующий лабораторией артериальной гипертонии, НИИ кардиологии ГБОУ ВПО Саратовского государственного медицинского университета им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов.