

УДК 616-08-039.57

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНОМ ЗВЕНЕ

Волкова С.Ю.¹, Пантеева Е.В.^{2,3}

¹ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень, e-mail: sv71@mail.ru;

²ГАОУЗ ТО «Городская поликлиника № 5», Тюмень;

³Клинический госпиталь «Мать и дитя», Тюмень

В работе проведена оценка эффективности применяемых методов коррекции психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (индивидуального консультирования, школы для больных или применения сопутствующей безрецептурной медикаментозной терапии) у амбулаторных пациентов. В открытое проспективное исследование были включены пациенты, наблюдавшиеся амбулаторно в ГАОУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» г. Тюмени. Критериям отбора соответствовали 117 пациентов, закончивших двухмесячное исследование. Пациенты, получавшие терапию основного заболевания согласно современным клиническим рекомендациям, были разделены на три группы: 1-я – группа пациентов, получавших медикаментозный препарат безрецептурного доступа – селективный небензодиазепиновый анксиолитик (фабомотизол 10 мг) – 37 пациентов; 2-я – группа пациентов, после проведения индивидуального консультирования проходивших обучение в школе здоровья, – 38 пациентов; 3-я – группа пациентов, после проведения индивидуального консультирования наблюдавшихся амбулаторно, – 42 пациента. До и после окончания исследования проводились: оценка баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), проведение теста Мориски–Грин (MMAS-4), теста на выявление психотипа (DS-14), подсчет количества баллов с использованием опросника для определения качества жизни (SF-36). В группе назначения анксиолитика безрецептурного доступа достоверно снизились показатели тревоги и депрессии, повысилась приверженность к терапии. У большинства показателей, определяемых по опроснику качества жизни, было статистически значимое повышение. В группе школы здоровья повышались оценка общего состояния здоровья ($p=0,027$), приверженность ($p<0,0001$). В группе наблюдения не произошло статистически значимого изменения показателей тревоги и депрессии. Отмечено статистически значимое повышение приверженности ($p=0,008$). Значительно повысились показатели по опроснику качества жизни: физическое функционирование ($p=0,034$), ролевое функционирование ($p=0,0307$), общее состояние здоровья ($p=0,011$), эмоциональное состояние ($p=0,007$). Таким образом, наиболее выраженные положительные изменения были выявлены в группе, где дополнительно проведена терапия анксиолитиком безрецептурного доступа.

Ключевые слова: тревога, депрессия, качество жизни, сердечно-сосудистые заболевания.

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF METHODS FOR CORRECTING THE LEVEL OF PSYCHOSOCIAL STRESS IN PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES IN THE OUT-PATIENT SECTION

Volkova S.Yu.¹, Panteeva E.V.^{2,3}

¹Tyumen State Medical University, Tyumen, e-mail: sv71@mail.ru;

²State Medical Institution «City Polyclinic No. 5», Tyumen;

³Clinical Hospital «Mat i detya», Tyumen

To find out the effects of the applied methods of correction such as counseling, drug therapy on anxiety, depression, patients' commitment to treatment and the state of the cardiovascular system in out-patients. All patients included in the study were given: Hospital Anxiety and Depression Scores (HADS), the Morisky–Green test (MMAS-4), the psychotype detection test (DS-14) and rated by points using the quality of life questionnaire (SF-36). The patients were divided into groups: 1 – patients, who agreed to and were given an over-the-counter drug – a selective non-benzodiazepine anxiolytic (fabomotizol 10 mg), and with an increasing level of anxiety of more than 7 points; 2 – patients, after conducting individual counseling and training at the school of health (randomly selected patients without increasing levels of anxiety, with subclinical expressed anxiety disorders); 3 – patients, after individual counseling, who were observed on an out-patient basis. Group 1 had anxiety and depression rates significantly decreased, and an increase in the Morisky–Green test. By indicators of the SF-36, only SF tended to increase ($p=0,08$), while the others showed a significant increase with the additional drug treatment. Group 2, saw no significant changes in most of the studied indicators. The overall health score was significantly increased from ($p=0,027$). Also an increase in the Morisky–Green test from ($p<0,0001$). Group 3, saw no significant changes in the indicators of anxiety and depression. There was a great increase in scores on the Morisky–Green test ($p=0,008$).

Добавлено примечание ([C1]): приверженность к терапии?

Indicators by the SF-36 increased: PF (p=0.034), RF (p=0.0307), GH status (p=0.011), emotional state (p=0.007). Thus, the most pronounced improvements for all indicators were identified in the group which was provided with additional drug therapy.

Keywords: anxiety, depression, quality of life, cardiovascular diseases.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из важных проблем современной медицины в Российской Федерации. Статистика показывает, что, несмотря на успехи в медикаментозной терапии ССЗ за последние годы, именно они являются причиной смерти почти у половины населения России [1]. Известно, что до 60% сердечно-сосудистой смертности зависит от факторов риска, в том числе – психосоциальных, распространенность которых существенно увеличилась за последние годы, в том числе и в России [2, 3]. К психосоциальным факторам относят тревожно-депрессивные состояния, частота выявления которых у больных ССЗ, составляет от 18% до 50% и более [3]. Столь высокая значимость психосоциальных факторов требует включения методов их лечения в программы эффективного лечения ССЗ. В настоящее время рассматривается возможность включения современных медикаментозных препаратов, в том числе безрецептурного отпуска, в схемы комплексной терапии больных ССЗ [4]. При этом возникает вопрос о выборе метода коррекции психосоциальных факторов риска при ССЗ, особенно важный для практического врача в условиях амбулаторного приема.

Цель работы: провести оценку эффективности применяемых методов коррекции психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (индивидуального консультирования, школы для больных или применения сопутствующей безрецептурной медикаментозной терапии) у амбулаторных пациентов.

Материалы и методы исследования

В открытое проспективное исследование были включены пациенты, наблюдавшиеся в ГАУЗ ТО «Городская поликлиника № 5» г. Тюмени в период 2016–2019 гг. В исследовании участвовали больные ССЗ, наблюдающиеся амбулаторно; с отсутствием декомпенсации основного ССЗ (расцениваемой как отсутствие госпитализации или обращения за экстренной или неотложной помощью по причине основного ССЗ в течение предшествующих 3 месяцев); с достигнутыми целевыми показателями по основному ССЗ на момент включения в исследование (АД менее 140/90 мм рт. ст., ФК ХСН менее 4, ФК стабильной стенокардии менее 4, ЧСС менее 90 ударов в минуту при хронической ФП), давшие подписанное информированное добровольное согласие. Из исследования исключались пациенты в случае отказа от участия в исследовании; наличия других хронических неинфекционных заболеваний (не ССС), нуждающиеся в госпитализации или коррекции терапии; при наличии онкологического заболевания. Всем включенным в исследование проводились специальные

обследования: оценка баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) [5], тест Мориски–Грин для определения приверженности к лечению (4-item Morisky Medication Adherence Scale –MMAS-4) [6], подсчет количества баллов с использованием опросника для определения качества жизни (SF-36) [7]. Участвующие в исследовании пациенты были разделены на три группы воздействия в дополнение к стандартной программе терапии ССЗ: 1-я – группа пациентов, после проведения индивидуального консультирования получавших медикаментозную терапию (МТ) препаратом безрецептурного доступа – селективным небензодиазепиновым анксиолитиком («Афобазол») 10 мг (международное название фабомотизол (фабомотизола дигидрохлорид), химическое название – 4-[2-[(6-этокси-1H-бензимидазол-2-ил)сульфанил]этил]морфолин): в эту группу включены пациенты при повышении уровня тревоги более 7 баллов по результатам анкетирования, давшие согласие на назначение препарата; 2-я – группа пациентов, после проведения индивидуального консультирования проходивших обучение в школе здоровья (ШЗ) больных ССЗ (в эту группу включены пациенты без повышения уровня тревоги, часть пациентов рандомно отобрана с наличием субклинически выраженных тревожных расстройств); 3-я – группа пациентов, после проведения индивидуального консультирования (ИК) наблюдавшихся амбулаторно согласно «Рекомендациям по диспансерному наблюдению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями» [8]. Через 2 месяца повторно проводилось **обследование, которое включало: госпитальную шкалу** тревоги и депрессии (HADS), тест Мориски–Грин (MMAS-4) для определения приверженности к лечению, анкетирование для определения качества жизни (SF-36). Этическая экспертиза о положительном решении относительно возможности проведения данного клинического исследования проведена в Комитете по этике при ФГБОУ ВО Тюменском ГМУ Минздрава России, протокол № 73 от 18.02.2017 г.

Всего критериям отбора советовали 117 пациентов (38 мужчин и 79 женщин, средний возраст $67,99 \pm 8,98$ года). Средний возраст в гендерных группах статистически достоверно не различался и составил $66,3 \pm 9,7$ года у мужчин и $68,8 \pm 8,5$ года у женщин ($p=0,16$).

Основными сердечно-сосудистыми заболеваниями у 3/4 пациентов были: ИБС (в том числе у 1/10 с анамнезом инфаркта миокарда) и/или операции реваскуляризации в 1/5 случаев), а также артериальная гипертензия у 86,2%. Также у трети пациентов было ожирение, у 1/5 – сахарный диабет 2-го типа, примерно в 20% наблюдалась постоянная форма фибрилляции предсердий. У большинства пациентов (79,4%) была сохранная фракция выброса левого желудочка, хроническая сердечная недостаточность была I или IIА стадии (88,6%), уровень NT-proBNP у 90,1% был в пределах показателей, отражающих компенсацию состояния сердечно-сосудистой системы (<300 пг/мл). Медикаментозная терапия, получаемая пациентами по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, соответствовала современным

клиническим рекомендациям: две трети наблюдаемых получали ИАПФ, 1/4 – сартаны, половина включенных в исследование получали спиронолактон, 3/4 – бета-адреноблокаторы. Примерно 70% принимали петлевые диуретики, около 90% – антиагреганты, 1/4 – антикоагулянты.

При разделении когорты пациентов на группы (по методу дополнительного вмешательства) в группу 1 (безрецептурного препарата) были включены 37 пациентов (7 мужчин и 30 женщин, средний возраст $69,2 \pm 7,2$ года), в группу 2 (школа здоровья) – 38 пациентов (10 мужчин и 28 женщин, средний возраст $66,8 \pm 11,9$ года), в группу 3 (индивидуального консультирования) – 42 пациента (21 мужчина и 21 женщина, средний возраст $68,1 \pm 7,2$ года). Средний возраст в подгруппах статистически достоверно не отличался ($p=0,55$). При анализе среднего возраста гендерных подгрупп статистически достоверных различий не было (в мужской группе $p=0,88$; в женской $p=0,67$).

Анализ данных проводился с использованием статистических пакетов STATISTICA (версия 22.0). При создании базы данных применялся редактор электронных таблиц MS Excel 7.0. Тестирование параметров распределения проводилось при помощи критериев Колмогорова–Смирнова, асимметрии и эксцесса. Непрерывные переменные представлены в виде $M \pm m$ (среднее \pm стандартная ошибка среднего) или $M \pm sd$ (среднее \pm стандартное отклонение) (для оценки динамики показателей на фоне терапии) или Me (25–75%) (медиана, интерквартильный размах (25-й и 75-й перцентиль) в зависимости от вида распределения (параметрического или непараметрического)). Для определения статистической значимости различий непрерывных величин в зависимости от параметров распределения использовались непарный t-критерий Стьюдента или U-критерий Манна–Уитни. Для сравнения связанных переменных использовали критерий Вилкоксона. При сравнении количественных данных 3 независимых групп, отвечающих нормальному распределению, проводили однофакторный дисперсионный анализ (one-way ANOVA – Analysis of Variation). При обнаружении статистических различий между группами дополнительно проводилось апостериорное попарное сравнение средних при помощи t-критерия Стьюдента. При сравнении количественных данных 3 независимых групп, не отвечающих нормальному распределению, использовали критерий Краскела–Уоллиса (Kruskal–Wallis H-test), При обнаружении статистически различий между группами дополнительно проводили апостериорное попарное сравнение при помощи критерия Манна–Уитни.

Для всех проведенных анализов различия считались достоверными при двустороннем уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Добавлено примечание ([C2]): перцентиль?

Проведено сравнение показателей психоэмоционального состояния до и после лечения. В группе назначения медикаментозного препарата безрецептурного доступа достоверно снизились показатели тревоги (10,0 (8,5–12,0) баллов до лечения против 7,0 (7,0–8,0) баллов после лечения, $p < 0,0001$) и депрессии (9,0 (6,5–12,5) баллов до лечения против 8,0 (6,5–9,0) после лечения, $p < 0,0001$), в то время как в группах школы здоровья и индивидуального консультирования статистически значимых изменений не было (рис. 1).

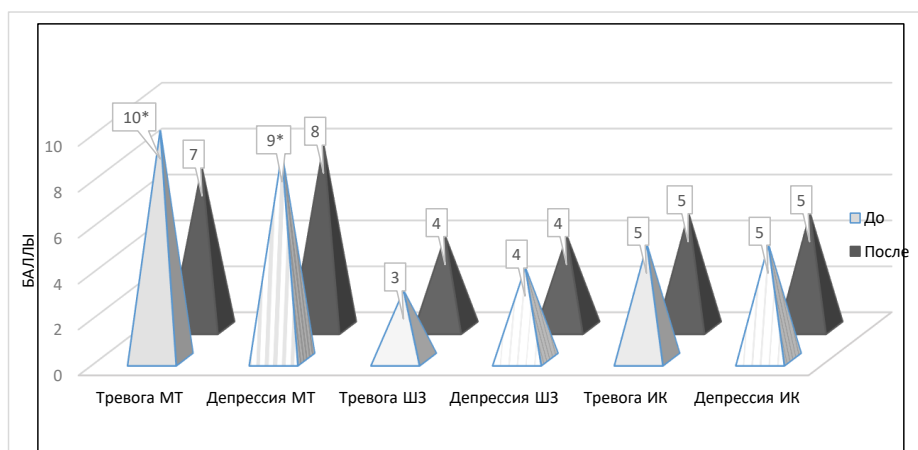


Рис. 1. Динамика баллов тревоги и депрессии в процессе наблюдения

Примечание: МТ – группа медикаментозной терапии; ШЗ – группа школы здоровья; ИК – группа индивидуального консультирования; * – $p < 0,05$ при сравнении между группами до и после лечения (критерий Вилкоксона). В графике представлены медианные значения показателей.

Во всех группах отмечено статистически значимое повышение баллов приверженности по тесту Мориски–Грин. В группе медикаментозной терапии повышение баллов по тесту Мориски–Грин составило 2,0 (1,0–4,0) балла до лечения против 3,0 (2,0–4,0) баллов после лечения ($p < 0,0001$), в группе школы здоровья – 3,0 (2,0–4,0) балла до лечения против 4,0 (3,0–4,0) баллов после лечения ($p < 0,0001$), в группе индивидуального консультирования – 3,5 (2,0–4,0) балла до лечения против 4,0 (2,0–4,0) баллов после лечения ($p < 0,008$).

В группе медикаментозной терапии из показателей, определяемых по опроснику качества жизни, у **всех показателей было достоверно повышение баллов** в динамике лечения (табл. 1). В группе школы здоровья статистически значимо повышалась только оценка общего состояния здоровья (51,0 (45,0–57,75) балл в начале исследования против 52,0 (45,0–60,0) баллов в конце исследования, $p = 0,027$), остальные показатели были примерно в тех же пределах, что и до начала терапии, и статистически значимо не отличались. В группе индивидуального контроля статистически значимо повысились баллы по шкале физического функционирования (50,0 (32,5–85,0) баллов в начале исследования против 52,5 (37,5–85,0)

балла в конце исследования, $p=0,034$); ролевого функционирования (25,0 (0,0–50,0) баллов в начале исследования против 25,0 (8,75–51,25) баллов в конце исследования, $p=0,0307$); общего состояния здоровья (45,0 (35,0–53,5) баллов в начале исследования против 47,5 (35,0–55,0) балла в конце исследования, $p=0,011$); эмоционального состояния (33,0 (0,0–91,75) баллов в начале исследования против 33,0 (10,0–83,5) баллов в конце исследования, $p=0,007$). Остальные показатели в этих двух группах были примерно в тех же пределах, что и до начала терапии, и статистически значимо не отличались.

Таблица 1

Динамика показателей психоэмоционального состояния, оцениваемых по опроснику качества жизни

Показатель	Группа МТ (n=37)		Группа ШЗ (n=38)		Группа ИК (n=42)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
PF	40,0 (27,5–60,0)	50,0 (42,0–67,5)***	67,5 (40,0–85,0)	67,5 (43,0–85,0)	50,0 (32,5–85,0)	52,5 (37,5–85,0)*
RP	25,0 (0,0–25,0)	33,0 (22,0–44,5)***	50,0 (25,0–75,0)	50,0 (25,0–75,0)	25,0 (0,0–50,0)	25,0 (8,75–51,25)**
BP	32,0 (11,5–45,5)	41,0 (25,0–50,0)***	41,0 (31,0–61,0)	41,0 (31,0–51,25)	41,0 (32,5–48,5)	41,0 (32,5–46,75)
GH	45,0 (35,0–55,0)	50,0 (40,5–57,5)**	51,0 (45,0–57,75)	52,0 (45,0–60,0)*	45,0 (35,0–53,5)	47,5 (35,0–55,0)*
VT	45,0 (20,0–55,0)	45,0 (40,0–60,0)**	52,5 (45,0–85,0)	52,5 (45,0–85,0)	50,0 (45,0–60,0)	50,0 (45,0–61,0)
SF	50,0 (37,5–75,0)	58,75 (37,5–75,0)**	100,0 (56,5–100,0)	100,0 (63,0–100,0)	63,0 (56,25–87,5)	63,0 (59,4–87,5)
RE	33,0 (0,0–33,0)	33,0 (16,75–44,75)***	66,5 (33,0–100,0)	66,5 (33,0–100,0)	33,0 (0,0–91,75)	33,0 (10,0–83,5)**
MH	60,0 (36,0–68,0)	60,0 (44,0–68,0)**	66,0 (47,0–96,0)	66,0 (47,0–96,0)	64,0 (44,0–72,0)	64,0 (44,0–72,0)

Примечание: PF – физическое функционирование, RP – ролевое функционирование, BP – интенсивность боли, GH – общее состояние здоровья, VT – жизненная активность, SF – социальное функционирование, RE – эмоциональное состояние, MH – психическое здоровье.

*– $p<0,05$ при сравнении в группе (до и после) (критерий Вилкоксона), **– $p<0,01$ при сравнении в группе (до и после), ***– $p<0,0001$ при сравнении в группе (до и после). Данные в таблице представлены в виде Me (25–75%) (медиана, интерквартильный размах (25-й и 75-й перцентиль))

Выполнена оценка влияния проводимого вида коррекции на величину изменения показателей психоэмоционального состояния (оцениваемую как разность показателей до и после лечения).

Наиболее выраженное снижение количества баллов как тревоги, так и депрессии было в группе медикаментозного консультирования, оно на порядок превышало разность баллов в остальных группах (рис. 2).

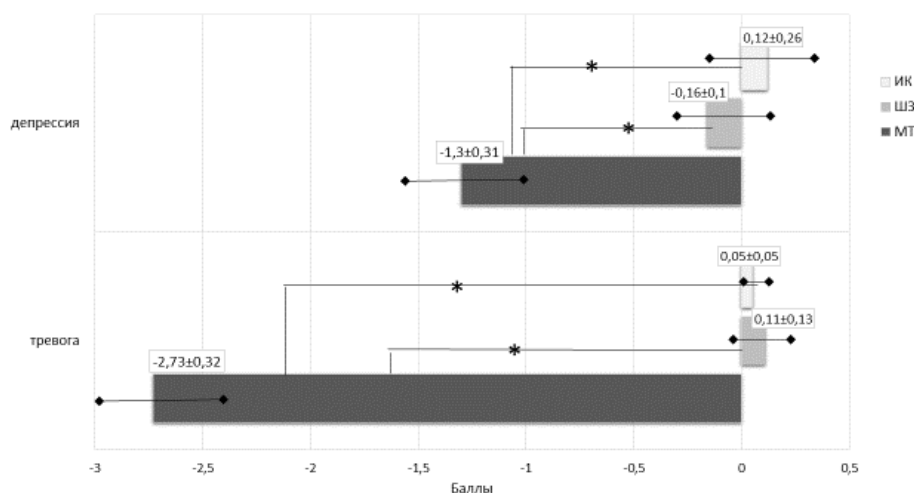


Рис. 2. Разность показателей уровней тревоги, депрессии

Примечание: МТ – группа медикаментозной терапии; ШЗ – группа школы здоровья; ИК – группа индивидуального консультирования; * – $p < 0,05$ при попарном сравнении между группами (U-критерий Манна–Уитни)

Количество баллов по тесту Мориски–Грин наиболее значимо возросло в группе школы здоровья и составило $0,61 \pm 0,14$ балла на фоне терапии в группе ШЗ против $0,59 \pm 0,12$ балла в группе МТ ($p = 0,034$) и $0,25 \pm 0,08$ балла в группе ИК ($p = 0,032$). Разница в приросте баллов между группами медикаментозной терапии и ИК оказалась статистически недостоверна.

Оценивая динамику показателей качества жизни, можно отметить, что наибольший прирост баллов в процессе терапии (по всем показателям) был в группе дополнительного медикаментозного вмешательства и превышал аналогичные показатели в группах школы здоровья и индивидуального консультирования в несколько раз ($p < 0,05$, критерий Краскела–Уоллиса). Данный прирост был наиболее выражен по шкалам физического функционирования, ролевого функционирования, интенсивности боли и жизненной активности ($p < 0,0001$ при апостериорном сравнении с другими группами). Прирост баллов по

шкалам качества жизни в группах школы здоровья и индивидуального консультирования был сопоставим и статистически значимо не отличался (табл. 2).

Таблица 2

Разность показателей, оцениваемых по опроснику качества жизни в группах коррекции

Показатель	Группа МТ(n=37)	Группа ШЗ (n=38)	Группа ИК (n=42)	P при попарном сравнении между группами ((U-критерий Манна–Уитни)
PF	9,68±1,86	0,74±0,43	2,98±1,9	P ¹⁻² =0,000 P ¹⁻³ =0,011 P ²⁻³ =0,55
RP	12,6±1,96	3,42±1,67	2,74±0,98	P ¹⁻² =0,000 P ¹⁻³ =0,000 P ²⁻³ =0,63
BP	6,49±1,53	2,21±1,71	1,12±1,0	P ¹⁻² =0,001 P ¹⁻³ =0,000 P ²⁻³ =0,55
GH	4,38±1,26	1,39±0,59	2,69±1,3	P ¹⁻² =0,046 P ¹⁻³ =0,142 P ²⁻³ =0,53
VT	7,87±2,43	0,47±0,47	2,33±1,78	P ¹⁻² =0,000 P ¹⁻³ =0,001 P ²⁻³ =0,59
SF	3,15±1,03	2,42±2,03	2,26±1,93	P ¹⁻² =0,029 P ¹⁻³ =0,017 P ²⁻³ =0,92
RE	7,47±1,58	2,66±1,54	3,64±1,36	P ¹⁻² =0,002 P ¹⁻³ =0,019 P ²⁻³ =0,26
MH	3,97±1,14	0,26±0,26	1,69±1,53	P ¹⁻² =0,001 P ¹⁻³ =0,003 P ²⁻³ =0,62

Примечание: PF – физическое функционирование, RP – ролевое функционирование, BP – интенсивность боли, GH – общее состояние здоровья, VT – жизненная активность, SF – социальное функционирование, RE – эмоциональное состояние, MH – психическое здоровье.

В нашей работе проведено сравнение различных методов коррекции факторов психосоциального риска у пациентов с ССЗ в условиях 2-месячного амбулаторного дополнительного вмешательства, в том числе с применением препарата безрецептурного доступа – селективного небензодиазепинового анксиолитика (фабомотизола). Эффективность анксиолитиков для лечения больных с ССЗ подтверждена в ряде исследований [9]. При этом оценка анксиолитиков безрецептурного доступа, особенно в сопоставлении с традиционными методами коррекции (школы здоровья, индивидуальное консультирование), как правило, не проводилась. В нашем исследовании наиболее значимое снижение уровня как тревоги, так и депрессии было отмечено в группе назначения медикаментозного препарата (фабомотизола), что ожидаемо с учетом целенаправленного отбора пациентов в эту группу. Во всех группах

отмечено статистически значимое повышение баллов приверженности по тесту Мориски–Грин. Приверженность, определяемая по тесту Мориски–Грин, наиболее значимо возросла в группе школы здоровья, что подтверждает актуальность и групповых программ для пациентов с ССЗ [10, 11]. Изучению динамики качества жизни на фоне терапии основного заболевания в настоящее время придается большое значение, поскольку это позволяет выявить дополнительные преимущества или недостатки проводимой терапии и повысить вовлечение пациента в лечебный процесс [12]. Во многих исследованиях отмечено преимущество препаратов, улучшающих качество жизни [13]. В нашем исследовании все методы коррекции повышали качество жизни по шкале общего состояния здоровья. Наибольшую эффективность показало применение анксиолитика безрецептурного доступа, которое позволило улучшить все показатели качества жизни в группе дополнительного медикаментозного вмешательства: они превысили аналогичные показатели в группах школы здоровья и индивидуального консультирования в несколько раз, что позволяет говорить о положительном влиянии данного метода на качество жизни пациентов с ССЗ.

Вывод

Результаты проведенной оценки эффективности применяемых методов коррекции психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (индивидуального консультирования, школы для больных или применения сопутствующей безрецептурной медикаментозной терапии) у амбулаторных пациентов позволяют говорить о необходимости включения методов медикаментозной коррекции психоэмоционального состояния в программу стандартной терапии амбулаторных больных с ССЗ. При этом необходим целенаправленный отбор лиц с уровнем тревоги более 7 баллов в группу дополнительной медикаментозной коррекции препаратом безрецептурного доступа – анксиолитиком («фабомотизол 10 мг»), который показывает свои преимущества в амбулаторной практике – отмечаются не только снижение в процессе терапии тревоги и депрессии, повышение приверженности к терапии, но и улучшение качества жизни.

Список литературы

1. Демографический ежегодник России. 2019: Стат.сб. Росстат. М., 2019. 252 с.
2. Шальнова С.А., Конради А.О., Карпов Ю.А., Концевая А.В., Деев А.Д., Капустина А.В., Худяков М.Б., Шляхто Е.В., Бойцов С.А. Анализ смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в 12 регионах Российской Федерации, участвующих в исследовании «Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах России» // Российский кардиологический журнал. 2012. № 5. С. 6-11.

3. Погосова Н. В., Бойцов С. А., Оганов Р.Г., Юферева Ю. М., Костюк Г. П., Курсаков А. А., Аушева А. К., Выгодин В. А. От имени исследователей 30 российских центров. Клинико-эпидемиологическая программа изучения психосоциальных факторов риска в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КОМЕТА): первые результаты российского многоцентрового исследования // Кардиология. 2018. Т. 58. № 9. С. 47-58. DOI: 10.18087 / cardio. 2018.9.1017.
4. Остроумова О.Д., Голобородова И.В., Фомина В.М., Бондарец О.В. Тревожно-депрессивные расстройства в кардиологической практике: возможности применения D,L-гопантеновой кислоты // Consilium Medicum. 2018. Т. 20. № 12. С. 23-29. DOI: 10.26442/20751753.2018.12.000032.
5. Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. Acta.Psychiatr.Scand.1983. vol .67. no. 6. P. 361-370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.
6. Green D.E., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med.Care. 1986. vol. 24. no. 1. P. 67-74. DOI: 10.1097/00005650-198601000-00007.
7. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.:ОЛМА Медиа Групп, 2007. 320 с.
8. Агеев Ф.Т., Акчурин Р.С., Буза В.В., Власова Э.Е., Голицин С.П., Ефремова Ю.Е., Карпов Ю.А., Кухарчук В.В., Малкина Т.А., Мартынюк Т.В., Миронова Н.А., Наконечников С.Н., Ощепкова Е.В., Руда М.Я., Сорокин Е.В., Скворцов А.А., Терещенко С.Н., Чазова И.Е., Чихирева Л.Н., Чихладзе Н.М., Шарипова Г.Х., Юричева Ю.А. Под руководством академика РАН Чазова Е.И. Рекомендации по диспансерному наблюдению больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиологический вестник. 2015. № 4. С. 3-15.
9. Горина Л.В., Либис Р.А., Антохин Е. Качество жизни пациентов с ХСН на фоне терапии антидепрессантом // Врач. 2011. № 5. С. 79-82.
10. Бойцов С.А., Погосова Н.В., Бубнова М.Г., Драпкина О. М., Гаврилова Н. Е., Еганян Р. А., Калинина А. М., Карамнова Н. С., Кобалава Ж. Д., Концевая А. В., Кухарчук В. В., Лукьянов М. М., Масленникова Г. Я., Марцевич С. Ю., Метельская В. А., Мешков А. Н., Оганов Р. Г., Попович М. В., Соколова О. Ю., Сухарева О. Ю., Ткачева О. Н., Шальнова С. А., Шестакова М. В., Юферева Ю. М., Явелов И. С. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские Национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал. 2018. Т. 23. № 6. С. 7-122.
11. Нелюбина А.С. Школа здоровья для пациентов как средство повышения приверженности к лечению // Профилактическая медицина. 2016. Т. 19. № 2. С. 61-62.

12. Hare D., Toukhsati S., Johansson P., Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. Eur. Heart. J. 2014. vol. 35. no. 21. P. 1365–1372. DOI: 10.1093/eurheartj/eh462.
13. Копылов Ф.Ю. Диагностика и лечение депрессивных расстройств в кардиологической практике: диагноз и лечение // Клиницист. 2013. № 2. С. 81–87.