

РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ (НА ПРИМЕРЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ГО ТИПА)

Светлана Леонидовна Соловьёва¹, Анжелика Геннадьевна Кошанская², Наталья Вячеславовна Власова³¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 195067, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47, e-mail: s-solovieva@ya.ru;²Медицинский институт Майкопского государственного технологического университета, 385000, г. Майкоп, ул. Комсомольская, 222, e-mail: koangen@list.ru;³Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, 197341, г. Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2, e-mail: vlasovanatasha@mail.ru**Реферат**

Цель. Исследовать роль эмоциональных факторов в формировании сердечно-сосудистой патологии (на примере инфаркта миокарда и сахарного диабета 2-го типа).

Методы. Симптоматический опросник SCL-90-R (от англ. Symptom Check List-90-Revised), шкала тревоги Бека, тест-опросник депрессии, шкала безнадежности Бека, тестовая методика типа отношения к болезни и лечению «ТОБОЛ». Полученные данные обработаны при помощи статистической программы SPSS 20.

Результаты. Исследование показало, что эмоциональные факторы влияют на возникновение сердечно-сосудистой патологии, опережая манифестацию самого заболевания. У женщин на этапе формирования сердечно-сосудистой патологии больше выраженность симптомов дистресса со склонностью к его усилению, фиксации на своих соматических ощущениях, наличием лёгкой и умеренной тревожно-депрессивной симптоматики с реакциями раздражительности, ведущей к избегающему поведению, а также страху потери независимости с чувством собственной неполноценности по сравнению с другими людьми, «уход» в болезнь. Для мужчин, в отличие от женщин, в большей степени важна профессиональная востребованность, что приводит к сокрытию актуальной симптоматики, возможно, неосознанному. Они не склонны фиксировать своё внимание на болезненных ощущениях, могут не придавать им значения, объясняя усталостью на работе, что приводит к более позднему обращению за медицинской помощью и тяжёлым последствиям. У мужчин с сердечно-сосудистой патологией в умеренной и выраженной степени проявляется тревожно-депрессивная симптоматика с дисфорией, нарушениями ночного сна, эргопатическим или анозогнозическим типом отношения к болезни. Тревожно-депрессивное состояние больных с сердечно-сосудистой патологией поддерживается соблюдением строгого терапевтического режима, риском развития осложнений, вызывающих ощущение потери контроля над собственной жизнью и будущим, что способствует формированию инвалидной жизненной позиции. Знание особенностей эмоциональной сферы больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2-го типа, перенёвших инфаркт миокарда, расширяет возможности коррекции негативного влияния эмоциональных факторов на формирование и прогрессирование сердечно-сосудистой патологии.

Выводы. Эмоциональные факторы, такие как тревога и депрессия, влияют на формирование сердечно-сосудистой патологии и опережают манифестацию самого заболевания. Чаще женщины фиксируются на соматических жалобах, а мужчины с сердечно-сосудистой патологией могут не придавать значения соматическим симптомам, что приводит к более позднему обращению за медицинской помощью.

Эмоциональные факторы следует рассматривать как основные «мишени» психологического вмешательства при разработке программ профилактики наряду с известными соматическими показателями, что предполагает необходимость взаимодействия специалистов разных клинических дисциплин.

Ключевые слова: сердечно-сосудистая патология, сахарный диабет 2-го типа, инфаркт миокарда, тревога, депрессия, тип отношения к болезни.

ROLE OF EMOTIONAL FACTORS IN FORMATION OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY (ON THE EXAMPLE OF THE MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES OF THE 2ND TYPE)

Svetlana L. Solovyova¹, Anjelica G. Koshanskaya², Natalya V. Vlasova³¹I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, 195067, St. Petersburg, Piskarevsky Ave., 47, e-mail: s-solovieva@ya.ru; ² Medical institute of the Maykop State Technological University, 385000, Maykop, Komsomolskaya str., 222, e-mail: koangen@list.ru; ³National medical research center of V.A. Almazov, 197341, St. Petersburg, Akkuratov str., 2, e-mail: vlasovanatasha@mail.ru**Abstract**

Aim. To investigate a role of emotional factors in formation of cardiovascular pathology (on the example of a myocardial infarction and diabetes of the 2nd type).

Methods. The symptomatic questionnaire of SCL-90-R (from English Symptom Check List-90-Revised), a scale of alarm of Beck, the test questionnaire of a depression, a scale of hopelessness of Beck, a test technique of type of the relation to a disease and treatment TOBOL. The obtained data are processed by means of the statistical SPSS 20 program.

Results. The research showed that emotional factors influencing development of cardiovascular pathology, advancing a demonstration of the disease. Women at a stage of formation of cardiovascular pathology have more expressiveness of symptoms of a distress with tendency to its strengthening, fixing on the somatic feelings, existence of easy and moderate disturbing and depressive symptomatology with reactions of irritability leading to the avoiding behavior and also fear of loss of independence with feeling of own inferiority in comparison with other people, “escape” in the disease. The professional demand is more important for men, unlike women, leading to concealment of relevant symptomatology, perhaps, unconscious. They are not inclined to fix the attention on painful feelings, cannot attach significance on them, explaining their disease with fatigue at work. All this leads to later request for medical care

and serious consequences. In men with cardiovascular pathology in the moderated and expressed degree the disturbing and depressive symptomatology is expressed with a dysphoria, violations of night sleep, ergopathic or anozognostic type of the relation to a disease is shown. The disturbing depression of patients with cardiovascular pathology is supported by observance of the high therapeutic security, risk of development of the complications causing a feeling of loss of control over own life and future that promotes formation of living position for disabled. Knowledge of features of the emotional sphere of the patients with for the first time revealed SD of the 2nd type who had a myocardial infarction expands possibilities of correction of negative impact of emotional factors on formation and progressing of cardiovascular pathology.

Conclusions. Emotional factors such as alarm and depression influence formation of cardiovascular pathology and advance a demonstration of the disease. More often women are fixed on somatic complaints, and men with cardiovascular pathology cannot attach significance to somatic symptoms that leads to later request for medical care. Emotional factors should be considered as main “targets” of psychological intervention when developing programs of prevention along with the known somatic indicators that assumes need of interaction of experts of different clinical disciplines.

Keywords: cardiovascular pathology, diabetes of the 2nd type, myocardial infarction, alarm, depression, type of the relation to a disease.

Нарушения работы сердечно-сосудистой системы — острая проблема здравоохранения. Первые места по распространённости занимают сердечно-сосудистые заболевания наряду с опухолями, на третьем месте — стоит сахарный диабет (СД), в основном за счёт роста заболеваемости СД 2-го типа, для которого характерно развитие макро- и микрососудистых осложнений, в том числе и инфаркта миокарда. В ряду сердечно-сосудистых заболеваний одно из первых мест занимает ишемическая болезнь сердца, которая может быть поздним осложнением СД 2-го типа и приводит к инфаркту миокарда. Предрасполагающими факторами, увеличивающими риск развития сердечно-сосудистой патологии, принято считать избыточную массу тела, вредные привычки, низкую физическую активность, стресс и плохую экологическую обстановку [1].

Сердечно-сосудистая патология имеет не только медицинский, но и социально-психологический характер, так как, представляя угрозу для жизни больного, ограничивает его работоспособность, физические возможности и вызывает эмоциональные переживания. На этапах формирования сердечно-сосудистой патологии важную роль играют эмоциональные факторы, такие как тревожные и депрессивные состояния, влияющие на отношение к болезни, соблюдение терапевтического режима и качество жизни больных [2, 3].

На базе эндокринологического отделения ГБУЗРА «Адыгейская республиканская клиническая больница», отделений кардиологии ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №1», Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская больница

№38 им. Н.А. Семашко» и Клиники им. Петра Великого ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» с целью изучения роли эмоциональных факторов в формировании сердечно-сосудистой патологии (на примере инфаркта миокарда и СД 2-го типа) нами исследованы 409 больных СД 2-го типа, в их числе 36 больных с впервые выявленным СД, средний возраст $56,08 \pm 1,26$ года (первая группа), и 29 больных, перенёвших инфаркт миокарда, средний возраст $51,76 \pm 1,37$ года (вторая группа).

Исследование проведено при помощи симптоматического опросника SCL-90-R (от англ. Symptom Check List-90-Revised), шкалы тревоги Бека (англ. The Beck Anxiety Inventory), теста-опросника депрессии (англ. Beck Depression Inventory), шкалы безнадёжности Бека (англ. Beck Hopelessness Scale), тестовой методики типа отношения к болезни и лечению «ТОБОЛ». Полученные данные обработаны при помощи статистической программы SPSS 20. Обследование проводили однократно на 2–5-й день после госпитализации в зависимости от самочувствия пациента.

При помощи симптоматического опросника SCL-90-был оценён ряд психологических признаков у больных, перенёвших инфаркт миокарда, и выявлены статистически достоверные различия ($p=0,05$) по шкалам соматизации, межличностной тревожности, фобии и паранойальности у мужчин и женщин. Полученные данные представлены в табл. 1 и на рис. 1.

Среднее значение показателя выраженности «соматизации» женщин (1,55 балла) превышают норму в 3,5 раза, мужчин — в 1,7 раза (0,74 балла), отражая у женщин большую выраженность дистресса, возникающего из-за ощущения телесной дисфункции. Они фиксируются на ощущениях дискомфорта в области сердца и болевом синдроме.

По шкале «межличностной тревожности» средние значения показателей выраженности у женщин (0,89 балла) превышают норму в 1,4 раза, а у мужчин, наоборот, показатели меньше нормативных значений (0,41 балла). Можно предположить, что у женщин данное расстройство сопровождается беспокойством, самоосуждением и чувством неполноценности по сравнению с другими людьми.

Высокие показатели по шкале межличностной тревожности (INT) у женщин сообщают об обострённом чувстве осознания собственного «Я» и негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми. Также у женщин по сравнению с мужчинами (низкие значения — 0,11 балла) превышают норму в 2,3 раза показатели выраженности «фобии» (0,42 балла), указывая на наличие стойкой реакции страха, ведущей к избегающему поведению.

По шкале «паранойальности» (среднее значение — 0,6 балла) показатели у женщин превышают норму в 1,1 раза по сравнению с мужчинами (средние значения менее нормативных — 0,33 балла), определяя нару-

Таблица 1

Патохарактерологические особенности больных, перенёсших инфаркт миокарда, по шкалам симптоматического опросника SCL-90-R в баллах

Шкалы		Больные второй группы, n=29		Нормативные значения
		мужчины	женщины	
Соматизация	SOM	0,7367	1,5493	0,44–0,03
Межличностная тревожность	INT	0,4075	0,8947	0,66–0,03
Фобия	PHOB	0,1058	0,4193	0,18–0,02
Паранойальность	PAR	0,3325	0,6000	0,54–0,04
Дополнительные шкалы	DEP	0,5825	1,0160	0,49–0,03
Общий индекс тяжести симптомов	GSI	0,4758	0,8080	0,51–0,02
Общее число утвердительных ответов	PSI	29,67	41,53	21,39–2,02
Индекс личного симптоматического дистресса	PDSI	1,1992	1,7447	1,17–0,05

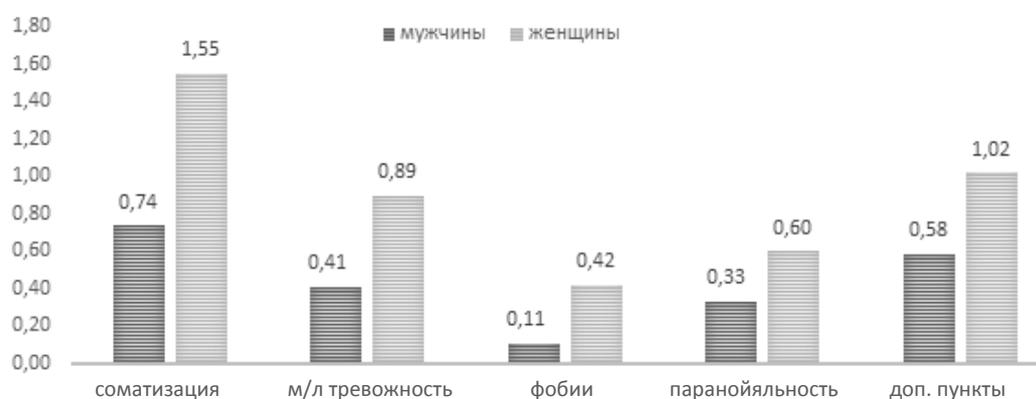


Рис. 1. Патохарактерологические гендерные особенности больных, перенёсших инфаркт миокарда, по шкалам симптоматического опросника SCL-90-R в баллах; м/л — межличностная; доп. пункты — дополнительные пункты

шения мышления с преобладанием враждебности, мыслей о подозрительности, страхе потери независимости.

Женщины, перенёсшие инфаркт миокарда, чаще высказывают жалобы на ранние утренние пробуждения, чувство вины, нарушение аппетита, на что указывают «дополнительные пункты» (среднее значение — 1,02 балла, показатели превышают норму в 2,1 раза), а у мужчин показатель незначительно превышает норму (в 1,2 раза; 0,58 балла).

Общий индекс тяжести симптомов (GSI) у женщин превышает норму в 1,6 раза (0,81 балла), у мужчин — менее нормативных показателей (среднее значение — 0,47 балла), являясь индикатором глубины текущего расстройства и отражая высокую интенсивность переживаемого дистресса. Индекс личного симптоматического дистресса (PDSI) определяет интенсивность состояния, соответствующего количеству симптомов, когда сам пациент склонен усиливать или преуменьшать симптоматический дистресс. В нашей выборке среднее значение показателя выраженности данного индекса у женщин превышает норму в 1,9 раза (1,74), а у мужчин незначительно превышает норму (в 1,4 раза; 1,19 балла).

Сравнительный анализ показывает, что данные выраженности патохарактерологических особенностей личности, такие как соматизация, межличностная тревожность, фобические реакции, паранойальность, а также индекс общей тяжести симптомов и наличие соматического дистресса у женщин, перенёсших инфаркт миокарда, выше, чем у мужчин, и значительно превышают нормативные показатели ($p=0,05$).

Полученные результаты позволяют предположить у женщин большее количество выраженных симптомов, они интенсивнее переживают симптоматический дистресс со склонностью к его усилению, фиксацией на своих соматических ощущениях, наличием стойкой реакции раздражительности и страха, ведущей к избегающему поведению, а также страху потери независимости с чувством неполноценности по сравнению с другими людьми. У них снижается настроение, ухудшается сон, меняется аппетит, что свидетельствует о депрессивном фоне, часто возникает чувство вины, заставляя их раньше, чем мужчин, обращаться за помощью (стаж заболевания ишемической болезнью сердца у мужчин 5,68 года, у женщин — 4,62 года), возможно, поэтому женщины болеют инфарктом в более старшем возрасте, чем мужчины (средний возраст мужчин 50,29 года, женщин — 53,13 года).

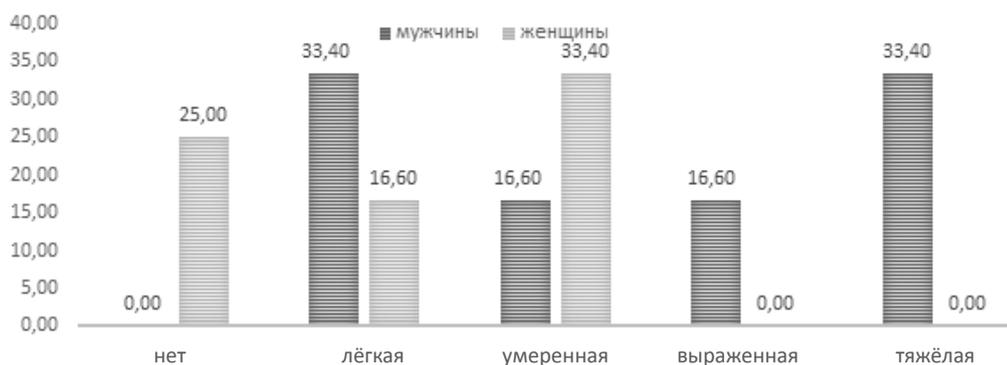


Рис 2. Гендерные особенности проявления депрессивного состояния у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2-го типа по шкале депрессии А. Бека в процентах

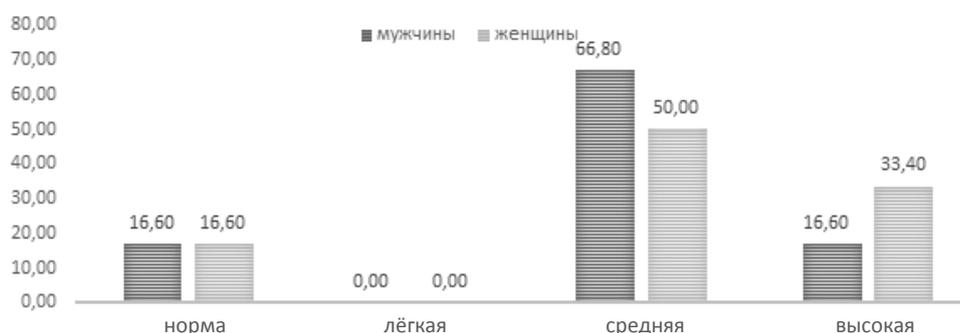


Рис 3. Гендерные особенности проявления тревожного состояния у больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2-го типа по шкале тревоги А. Бека в процентах

Патохарактерологические особенности мужчин, перенёвших инфаркт миокарда, не выражены в отличие от женщин, за исключением «соматизации». При этом мужчины имеют более высокий образовательный уровень (85,7% имеют высшее образование) по сравнению с женщинами (33,3% имеют высшее образование). Мужчины в большей степени ощущают профессиональную востребованность (79%), женщины — в меньшей (40%). Возможно, увлечённость своим делом «толкает» мужчин к сокрытию актуальной симптоматики, вероятно, неосознанно. Они не склонны фиксировать своё внимание на болезненных ощущениях, могут не придавать им значения, объясняя усталостью на работе. Это приводит к более позднему обращению за медицинской помощью (стаж заболевания у мужчин 5,68 года, у женщин — 4,62 года) и более тяжёлым последствиям (инфаркт мужчин «моложе» на 3 года, чем инфаркт женщин).

У мужчин, несмотря на ощущения телесной дисфункции («соматизация»), не возникает адекватных эмоциональных реакций на стресс, вызванный болезнью (показатели патохарактерологических особенностей по шкалам «межличностная тревожность», «фобии», «паранойальность», GSI ниже нормативных; «дополнительные пункты», PSI, PDSI лишь незначительно превышают норму). Комбинация средних значений генеральных показателей свидетельствует о диссимуляции мужчин.

Ряд учёных склоняются к тому, что эмоциональные факторы, такие как тревожные и депрессивные состо-

яния, влияют на формирование и развитие СД 2-го типа и опережают манифестацию самого СД, определяют его течение по принципу «психосоматического балансирования» [4]. Н.П. Гарганеева и соавт. отмечают [5], что тревога, будучи компонентом психоэмоционального стресса, влияет на возникновение СД 2-го типа и может приводить к развитию метаболического синдрома. К.А. Зеленин в своём диссертационном исследовании отмечает, что тревожно-депрессивные состояния активизируют гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему и оказывают неблагоприятное влияние на уровень сахара в крови [6].

Все больные с впервые выявленным СД 2-го типа нашей выборки отметили перед дебютом заболевания пережитые психотравмирующие ситуации и испытывали эмоции, сходные с реакциями горя и потерь. При помощи шкалы тревоги А. Бека нами выявлена у 25% больных с впервые выявленным СД 2-го типа выраженная и у 58% средняя степень тревоги, что указывает на высокую вероятность течения у них тревожного расстройства (среднее значение тревоги в выборке $15,17 \pm 10,4$ балла соответствует средней степени).

Полученные данные по шкале депрессии А. Бека у 75% больных с впервые выявленным СД 2-го типа выявляют депрессивное состояние: из них по 25% больных с лёгким и умеренным депрессивным состоянием, 8,4% с выраженной и 16,6% с тяжёлой депрессией (среднее значение депрессии в выборке $15,67 \pm 9,44$ балла соответствует умеренной степени). Данные согласуются с исследованиями [4], указыва-

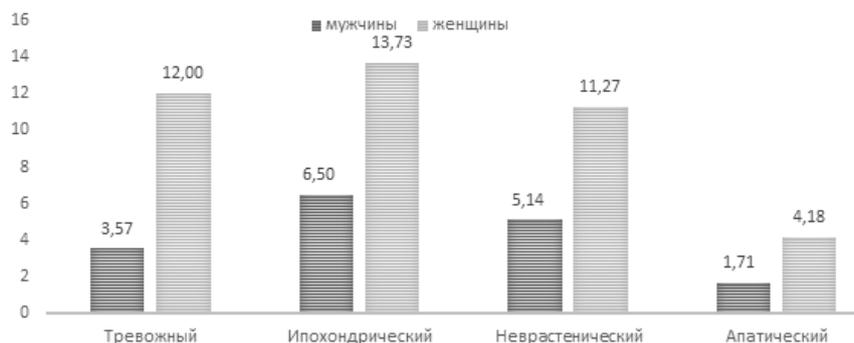


Рис 4. Гендерные особенности больных, перенёсших инфаркт миокарда, по методике типа отношения к болезни и лечению «ТОБОЛ» в баллах

ющими на то, что у больных СД 2-го типа депрессия выявляется чаще, чем в популяции.

Как видно на рис. 2 и 3, в нашей выборке тревожное состояние средней степени больше (66,8%) выражено у мужчин с впервые выявленным СД 2-го типа, чем у женщин (50%), а высокая степень тревожности чаще встречалась у женщин (33,4%) по сравнению с мужчинами (16,6%) и проявлялась в виде субъективного напряжения, сопровождающегося раздражительностью и беспокойством.

Депрессивная симптоматика также больше проявляется у мужчин, по сравнению с женщинами (16,6% — лёгкая, 33,4% — умеренная). Тяжёлая (33,4%) и выраженная (16,6%) депрессия, выявленная у мужчин с впервые выявленным СД 2-го типа, не сопровождается чувством беспомощности. Они отрицали наличие суицидальных намерений и чувства вины даже при выраженной депрессии, отмечая у себя частую смену настроения, явления дисфории с раздражительностью и злобностью, нарушениями ночного сна.

У женщин с впервые выявленным СД 2-го типа более выражены различные соматические жалобы и симптомы дистресса, а также испытываемые этой группой характеризуются склонностью к тревожным и депрессивным переживаниям с проявлениями чувства собственной неполноценности и дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия.

Возникшее тревожно-депрессивное состояние снижает пороги реагирования на хронический стресс, изменяя толерантность к нему, ухудшая общее состояние здоровья, физическую активность и жизнеспособность больных с впервые выявленным СД 2-го типа. Данное эмоциональное состояние поддерживается множеством ограничений, риском развития соматических осложнений, вызывающих ощущение потери контроля над собственной жизнью и будущим, что способствует формированию инвалидной жизненной позиции. Больным с впервые выявленным СД 2-го типа трудно осознавать, что теперь надо по несколько раз в день мерить артериальное давление, проверять сахар крови и принимать сахароснижающие препараты, сложно принять, что физическое состояние будет зависеть от назначений врача-эндокринолога и кардиолога, от лекарственных препаратов, которые им жизненно необходимы, и регулярных лабора-

торных обследований. Больным сложно представить, что придётся постоянно соблюдать терапевтический режим и принять, что эта болезнь навсегда.

В ряде случаев больные с впервые выявленным СД 2-го типа не придают серьёзного значения соблюдению терапевтического режима, что усугубляет прогрессирование микро- и макрососудистых осложнений СД, особенно если у них уже есть сердечно-сосудистые заболевания — артериальная гипертензия, атеросклероз сосудов, ишемическая болезнь сердца, что может приводить к развитию инфаркта миокарда.

У пациентов с сердечно-сосудистой патологией, перенёсших инфаркт миокарда, и/или с впервые выявленным СД 2-го типа преобладает эргопатический тип отношения к болезни [3, 7], который характеризуется настойчивым стремлением сохранить прежний уровень социальной активности. Часть больных с анозогностическим типом отрицают возможные последствия, связанные с ухудшением соматического состояния. Установлено [8], что у больных инсулиннезависимым СД реже встречается ангинозный вариант начального периода инфаркта миокарда, а сопутствующий СД 2-го типа несущественно влияет на снижение качества жизни в постинфарктном периоде, что поддерживает анозогностический тип отношения к болезни.

Однако больные, перенёсшие инфаркт миокарда, с проявлениями депрессивного состояния могут быть фрустрированы и даже при отсутствии физических ограничений настроены на завершение профессиональной активности [2]. Соответственно тревога и депрессивное состояние, а ещё и дефицит социальной востребованности могут влиять на прогноз в постинфарктный период, при этом важна роль личностных характеристик и отношения к болезни.

Нами выявлено, что женщины, перенёсшие инфаркт миокарда, склонны к тревожному, ипохондрическому, неврастеническому и апатическому типам отношения к болезни по сравнению с мужчинами ($p=0,05$). Полученные данные представлены на рис. 4. Для женщин с диагнозом «инфаркт миокарда» характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации с этими типами реагирования. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном пове-

дении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетённом состоянии, «уходе» в болезнь, отказе от борьбы — «капитуляция» перед заболеванием и т.п.

Таким образом, тревожно-депрессивное состояние оказывает влияние на формирование сердечно-сосудистой патологии, вызывая сосредоточенность на своём соматическом состоянии у женщин, перепады настроения, раздражительность, дисфорию, а также недостаточное внимание к болезненным ощущениям у мужчин. Данные эмоциональные факторы следует рассматривать как основные «мишени» психологического вмешательства при разработке программ профилактики формирования сердечно-сосудистой патологии, наряду с известными соматическими показателями, что предполагает необходимость взаимодействия специалистов разных клинических дисциплин.

ВЫВОДЫ

1. Эмоциональные факторы, такие как тревожные и депрессивные состояния, влияют на формирование сердечно-сосудистой патологии и опережают манифестацию самого заболевания. Знание особенностей эмоциональной сферы больных с впервые выявленным сахарным диабетом 2-го типа и пациентов, перенёвших инфаркт миокарда, расширяет возможности коррекции негативного влияния эмоциональных факторов на формирование и прогрессирование сердечно-сосудистой патологии.

2. У женщин на этапе формирования сердечно-сосудистой патологии по сравнению с мужчинами больше различных соматических жалоб и симптомов дистресса, со склонностью к его усилению, фиксацией на своих соматических ощущениях, наличием лёгкой и умеренной тревожно-депрессивной симптоматики с реакциями раздражительности и страха, ведущей к избегающему поведению, а также страху потери независимости с чувством собственной неполноценности по сравнению с другими людьми и дискомфорта в процессе межличностного взаимодействия, которые сопровождаются реакциями по типу «ухода» в болезнь.

3. Для мужчин, в отличие от женщин, в большей степени важна профессиональная востребованность, что приводит к сокрытию актуальной симптоматики, возможно, неосознанно. Они не склонны фиксировать своё внимание на болезненных ощущениях, могут не придавать им значения, объясняя усталостью на работе, что приводит к более позднему обращению за медицинской помощью и тяжёлым последствиям. У мужчин с сердечно-сосудистой патологией по сравнению с женщинами тревожно-депрессивная симптоматика протекает в умеренной и выраженной степени, при этом не сопровождается чувством беспомощности и суицидальными намерениями, а проявляется в виде частой смены настроения, явлений дисфории с раздражительностью и злобностью, нарушениями ночного сна, эргопатическим или анозогнозическим типом отношения к болезни

4. Тревожно-депрессивное состояние пациентов с сердечно-сосудистой патологией поддерживается множеством ограничений, соблюдением строгого терапевтического режима, риском развития осложнений, вызывающих ощущение потери контроля над собственной жизнью и будущим, что способствует формированию инвалидной жизненной позиции.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

- Исаков Е.Б. Распространённость факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. *Медицина и экология*. 2017; (3): 17–24. [Isakov E.B. Rasprostranennost' faktorov riska razvitiya serdechno-sosudistykh zabolevaniy. *Meditsina i ehkologiya*. 2017; (3): 17–24. (In Russ.)]
- Дубинина Е.А. Психологические аспекты реабилитации пациентов, перенёвших инфаркт миокарда. *Мед. психол. в России*. 2018; 10 (2): 3. [Dubinina E.A. Psikhologicheskie aspekty reabilitatsii patsientov, perenyosshikh infarkt miokarda. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2018; 10 (2): 3. (In Russ.)] DOI: 10.24411/2219-8245-2018-12030.
- Кошанская А.Г. *Взаимосвязи психологических и клинических характеристик у больных сахарным диабетом 2-го типа при различных вариантах его течения*. Дисс. ... канд. психол. наук. 19.00.04. Медицинская психология. СПб. 2007; 161 с. [Koshanskaya A.G. *Vzaimosvyazi psikhologicheskikh i klinicheskikh kharakteristik u bol'nykh sakharnym diabetom II tipa pri razlichnykh variantakh ego techeniya*. Diss. ... kand. psikholog. nauk. 19.00.04. Meditsinskaya psikhologiya. SPb. 2007; 161 p. (In Russ.)]
- Бобров А.Е., Володина М.Н., Агамамедова И.Н. и др. Психические расстройства у больных сахарным диабетом 2-го типа. *РМЖ*. 2018; 1 (1): 28–33. [Bobrov A.E., Volodina M.N., Agamamedova I.N. et al. Psikhicheskie rasstroystva u bol'nykh sakharnym diabetom II tipa. *RMZH*. 2018; 1 (1): 28–33. (In Russ.)]
- Гарганеева Н.П., Семке В.Я., Белокрылова М.Ф. Сахарный диабет типа II: коморбидность с непсихотическими психическими расстройствами и прогноз. *Психич. расстройства в общей мед.* 2006; 1 (2): 4–9. [Garganeeva N.P., Semke V.Ya., Belokrylova M.F. Sakharnyy diabet tipa II: komorbidnost' s nepсихотическими psikhicheskimi rasstroystvami i prognoz. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine*. 2006; 1 (2): 4–9. (In Russ.)]
- Зеленин К.А. *Тревожные расстройства у больных сахарным диабетом 2 типа*. Дисс. ... канд. мед. наук. 14.00.18 Психиатрия. М. 2011; 180 с. [Zelenin K.A. *Trevozhnyye rasstroystva u bol'nykh sakharnym diabetom 2 tipa*. Diss. ... kand. med. nauk. 14.00.18. Psikhiatriya. M. 2011; 180 p. (In Russ.)]
- Алехин А.Н., Трифонова Е.А., Чернорай А.В. Отношение к болезни у пациентов, перенёвших неотложные кардиологические состояния. *Артериальная гипертензия*. 2012; 18 (4): 317–324. [Alyokhin A.N., Trifonova E.A., Chernoray A.V. Otnoshenie k bolezni u patsientov, perenyosshikh neotlozhnye kardiologicheskie sostoyaniya. *Arterial'naya gipertenziya*. 2012; 18 (4): 317–324. (In Russ.)]
- Речкова Е.В., Петрова М.М., Опалева-Стеганцева В.А. Инфаркт миокарда у больных инсулиннезависимым сахарным диабетом и зависимость качества жизни от психологических особенностей личности: научное издание. *Терап. арх.* 2000; 72 (12): 16–18. [Rechkova E.V., Petrova M.M., Opaleva-Stegantseva V.A. Infarkt miokarda u bol'nykh insulinnezavisimym sakharnym diabetom i zavisimost' kachestva zhizni ot psikhologicheskikh osobennostey lichnosti: nauchnoe izdanie. *Terapevticheskiy arkhiv*. 2000; 72 (12): 16–18 (In Russ.)]

Поступила 22.12.2019; принята в печать 17.01.2020.