

a randomized placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2006;67(7):1104–9.

6. De Klerk O.L., Bosker J.F., Willemsen A.T.M. et al. Chronic stress and antidepressant treat-

ment have opposite effects on P-glycoprotein at the blood-brain barrier: an experimental PET study. *J Psychopharmacol* 2010;24:1237–42.

7. Hama S., Yamashita H., Yamawaki S. et al.

Post-stroke depression and apathy: Interactions between functional recovery, lesion location, and emotional response. *Psychogeriatrics* 2011;11:68–76.

**В.Э. Медведев**

*Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР*

*ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва*

## Профилактика и терапия психопатологических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

*При психопатологических расстройствах у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) используют применяемые в психиатрии методы психофармакотерапии и психотерапии. Представлен опыт психофармакотерапии в комбинации с психотерапией и без нее у 121 пациента с ССЗ (артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца). Положительный эффект психофармакотерапии отмечен в 68,2% случаев, а при сочетании психофармакотерапии с психотерапией — в 75,6%. Приведены данные об эффективности и переносимости ряда психотропных средств. Показано, что прием психотропных средств и психотерапия приводят к уменьшению частоты обострений ССЗ и числа обращений к кардиологу. Обсуждается оптимизация психофармакотерапии и психотерапии у пациентов с ССЗ.*

**Ключевые слова:** профилактика, лечение, психопатологические расстройства, сердечно-сосудистые заболевания.

**Контакты:** Владимир Эрнстович Медведев [melkorcard@mail.ru](mailto:melkorcard@mail.ru)

*Prevention and therapy of psychopathological disorders in patients with cardiovascular diseases*

*V.E. Medvedev*

*Department of Psychiatry, Psychotherapy, and Psychosomatic Pathology, Faculty for Advanced Training of Medical Workers, Peoples' Friendship University of Russia, Moscow*

*Psychopathological disorders in patients with cardiovascular diseases (CVD) are treated with the methods of psychopharmacotherapy and psychotherapy used in psychiatry. The paper describes the experience in using psychopharmacotherapy in combination with and without psychotherapy in 121 patients with CVD (arterial hypertension, atrial fibrillation, coronary heart disease). The positive effect of psychopharmacotherapy is noted in 68.2% of cases and that of the latter in combination with psychotherapy is in 75.6%. There is evidence for the efficacy and tolerability of a number of psychotropic drugs. The administration of psychotropic drugs and psychotherapy are shown to result in a reduction in the incidence of exacerbations of CVD and in the number of visits to a cardiologist. Optimization of psychopharmacotherapy and psychotherapy in patients with CVD is discussed.*

**Key words:** prevention, treatment, psychopathological disorders, cardiovascular diseases.

**Contact:** Vladimir Ernstovich Medvedev [melkorcard@mail.ru](mailto:melkorcard@mail.ru)

В последние десятилетия в ряде публикаций приводятся свидетельства положительного влияния на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) своевременного начатого лечения сопутствующих психопатологических расстройств [1–8]. При этом используются все группы психотропных препаратов и различные методы психотерапии.

Применяют психотропные препараты, в наибольшей мере соответствующие таким требованиям, как минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, поведенческой токсичности, низкая вероятность нежелательных взаимодействий с кардиологическими препаратами, простота использования (возможность назначения фиксированной дозы или минимальная потребность в ее титрации) [9, 10].

Другая неотъемлемая часть современного лечения и профилактики ССЗ — психотерапевтическое воздействие

[6, 11–13], которое включает элементы поддерживающей психотерапии, направленной на редукцию чувства страха, отчаяния и беспомощности, коррекцию катастрофического образа болезни путем подключения элементов рационально-разъяснительной психотерапии (убеждение пациента в гипертрофированности его опасений) [8, 14]. Важнейший этап психотерапевтического процесса — формирование более адекватной позиции пациента по отношению к заболеванию посредством проведения когнитивно-поведенческой психотерапии, ориентированной на выработку у него позиции соучастия в процессе лечения, самостоятельных действий в плане ограничения нагрузки, приема лекарств, диеты и т. д. [13, 15–18].

По данным литературы [12, 14, 17, 19], для профилактики психогенной провокации обострений ССЗ особое значение имеет распознавание индивидуальной восприимчивости к тем или иным стрессовым воздействиям, в первую

Таблица 1. Синдромальная характеристика (по МКБ-10) актуальных психопатологических расстройств у 121 пациента с ССЗ

Диагноз по МКБ-10	АГ (n=39)	ИБС (n=40)	ФП (n=42)	Всего (n=121)
Депрессивный эпизод легкой или средней степени тяжести (F32.0–F32.1)	9 (23)	15 (37,5)	9 (21,4)	33 (27,3)
Специфические (изолированные) фобии (F40.2) и другие фобические тревожные расстройства (F40.8)	0	0	2 (4,8)	2 (1,7)
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)	0	6 (15)	3 (7,1)	9 (7,4)
Острая реакция на стресс (F43.0)	0	3 (7,5)	0	3 (2,5)
Соматизированное (в том числе конверсионное) расстройство (F45.0)	7 (18)	1 (2,5)	3 (7,1)	11 (9,1)
Ипохондрическое расстройство (F45.2)	14 (35,9)	12 (30)	18 (42,9)	44 (36,4)
Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (F45.3), устойчивое соматоформное болевое расстройство (F45.4) и другие соматоформные расстройства (F45.8)	9 (23)	1 (2,5)	5 (11,9)	15 (12,4)
Неврастения (F48.0)	0	2 (5)	2 (4,8)	4 (3,3)
<b>Всего</b>	<b>39 (100)</b>	<b>40 (100)</b>	<b>42 (100)</b>	<b>121 (100)</b>

**Примечание.** АГ — артериальная гипертензия, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ФП — фибрилляция предсердий. В скобках — процент больных.

очередь определение психогенного триггера, обладающего высокой личностной значимостью.

Выбор конкретного метода психотерапии основывается, прежде всего, на соображениях удобства применения, экономичности и доступности для больного. Так, психотерапевтическое вмешательство должно отвечать требованию «субъективной адекватности» и соответствовать особенностям внутренней картины болезни, ожиданиям больного, его возможностям осмысления, интеллектуальному и образовательному уровню. Не менее важно соответствие предлагаемого метода личностным особенностям больного [16].

**Цель исследования** — сравнительное изучение эффективности и переносимости психофармакотерапии и комбинированной (психотропные средства и психотерапия) терапии актуальных психопатологических расстройств у больных с ССЗ.

**Пациенты и методы.** В исследование был включен 121 пациент — 79 (65,3%) женщин и 42 (34,7%) мужчины 18–65 лет (средний возраст — 53,4±2,9 года). Пациенты находились на обследовании и лечении в отделении неотложной кардиологии городской клинической больницы №71 Москвы и страдали коморбидными психопато-

логическими расстройствами легкой или средней степени тяжести, соответствующими критериям МКБ-10 для тре-

Таблица 2. Суточные дозы психотропных препаратов у пациентов с ССЗ

Группа препаратов	Доза, мг		Число пациентов
	мин. — макс.	средняя	
Антипсихотики:			
алимемазин	2,5–20	10	17
сульпирид	50–300	150	12
кветиапин	25–200	75	11
хлорпротиксен	10–100	50	8
тиоридазин	30–60	40	3
Антидепрессанты:			
агомелатин	25–50	25	34
миртазапин	15–45	15	6
мапротилин	25–75	50	12
эсциталопрам	5–20	10	10
циталопрам	10–40	20	30
пароксетин	10–60	30	30
флувоксамин	25–150	75	15
сертралин	50–300	150	30
флуоксетин	20–40	30	10
венлафаксин	18,75–75	56,25	30
дулоксетин	60–120	60	5
милнаципран	50–300	200	30
Анксиолитики:			
морфолиноэтилтиозтоксибензимидазол	10–60	30	44
лоразепам	1,25–5	2,5	16
альпразолам	1–2	1	9
клоназепам	0,25–2	1	3
Ноотропные препараты:			
(D, L) рац-гопантеновая кислота	600–2400	1200	67
этилметилгидроксипиридина сукцинат	125–750	375	22

Таблица 3. Эффективность и длительность терапии психотропными препаратами у больных с ССЗ

Препарат	Количество пациентов с положительным эффектом, %	Длительность терапии, нед
Агомелатин	80	6
Циталопрам	63,3	6
Пароксетин	60	4
Сертралин	63,3	6
Милнаципран	66,7	6
Венлафаксин	63,3	4
(D, L) рац-гопантеновая кислота	74,5	6
Морфолиноэтилтиозоксбензимидазол	70	6

Таблица 4. Частота НЯ при использовании некоторых психотропных препаратов у больных с ССЗ

Препарат	Количество пациентов, % с НЯ	преждевременно завершивших монотерапию
Антидепрессанты:		
агомелатин	16,7	0
милнаципран	23,3	13,3
венлафаксин	36,7	13,3–23,3
пароксетин	33,3	3,3
сертралин	20	6,7
циталопрам	26,7	10
Анксиолитики:		
морфолиноэтилтиозоксбензимидазол	23,3	0
Ноотропные препараты:		
(D, L) рац-гопантеновая кислота	23,3	0

Таблица 5. Сравнительная эффективность (в %) психофармакотерапии и комбинированной терапии (психотропные средства и психотерапия) у пациентов с ССЗ

Оценка эффективности	Психофармакотерапия (n=63)	Комбинированная терапия (n=58)	Всего
Респондеры	35,9–40,2	41–45,1	76,9–85,3
Ремиссия	23,1–28	25,6–30,5	48,7–58,5

возных (F40.0–F41.9) или соматоформных (F45.0–F45.9) расстройств, расстройств приспособительных реакций (F43.2), неврастении (F48.0) или соматогенной астении (органического эмоционально лабильного расстройства, F06.6). Все больные дали информированное согласие на участие в исследовании.

Пациенты получали базовую стандартизированную терапию, включавшую различные кардиотропные, антиаритмические и гипотензивные средства.

Спектр психопатологических расстройств у больных с различными ССЗ несколько отличался (табл.1). В част-

ности, при АГ практически не выявлялись изолированные фобии, тревожно-депрессивные расстройства, неврастения; при ИБС отсутствовали или носили единичный характер специфические фобии, соматоформные и соматизированные расстройства; при ФП – острая реакция на стресс и неврастения. Однако при всех ССЗ преобладали ипохондрические и депрессивные расстройства ( $p<0,001$ ): максимальная встречаемость депрессий зафиксирована при ИБС ( $p<0,05$ ), ипохондрических расстройств – при ФП ( $p<0,05$ ).

В ходе терапии использовали психотропные препараты, характеризующиеся, по данным литературы [6, 20–25], сравнительно широким терапевтическим диапазоном и хорошей переносимостью у пациентов с различными соматическими заболеваниями, включая ССЗ, минимальным влиянием на соматические функции, низкой вероятностью неблагоприятного взаимодействия с соматотропными лекарствами (табл. 2).

Основными методами психотерапевтического воздействия (59 больных/48,7%) были поддерживающая, интерперсональная, когнитивно-поведенческая психотерапия (26/21,5%), трансактный анализ – метод рациональной психотерапии, основанный на заключении, что каждый человек может научиться доверять себе, принимать самостоятельные решения и открыто выражать свои чувства (14/11,6%), семейная и групповая (7/5,8%) психотерапия. В 12 (9,9%) наблюдениях использовали гипноз, методы мышечной релаксации, кинезиотерапии.

Уменьшение выраженности текущей психопатологической симптоматики в течение 6–8-недельного курса на 50% расценивалось как хороший эффект (пациенты-респондеры), на 100% – как отличный (пациенты-реммитеры) по результатам тес-

тирования с помощью психометрических методик (оценочная клиническая шкала тревоги Шихана, 24-балльная шкала оценки депрессии Гамильтона, шкала общего клинического впечатления).

Для оценки нежелательных явлений (НЯ), определения переносимости и безопасности психофармакотерапии, применяли шкалу оценки побочных эффектов (UKU).

**Результаты исследований.** Данные наших психофармакотерапевтических исследований эффективности и переносимости препаратов, использованных в качестве монотерапии, представлены в табл. 3 и 4.

При дифференцированной оценке установлено, что эффективность психофармакотерапии в сочетании с психотерапевтическим воздействием на уровне тенденции превосходит результативность только психофармакотерапии (табл. 5).

Анализ катamnестических (до 2,5 лет) данных у 69 (57,0%) из 121 больного, получавших профилактическую комбинированную и психофармакотерапию, демонстрирует эффект комплексного лечения у больных с ССЗ (табл. 6).

Установлено, что у пациентов с ССЗ регулярная психотерапия и адекватная (по эффективности и переносимости) психофармакотерапия в профилактических целях в течение 6 мес–1,5 лет статистически достоверно приводит к уменьшению частоты обострений ССЗ (приступов стенокардии, гипертонических кризов, пароксизмов аритмии, усиления симптомов хронической сердечной недостаточности). Такое лечение снижает обращаемость к кардиологам по поводу не обусловленной объективной (по данным лабораторных, физикальных и инструментальных исследований) тяжестью заболевания соматоформной симптоматики (патологические телесные сенсации, кардиалгии, цефалгии, панические атаки, «предобморочные» состояния, синдром гипервентиляции, астения и т. п.).

**Обсуждение.** От особенностей динамики психосоматических ССЗ зависит и выбор терапевтического вмешательства: у пациентов с психопатологическими расстройствами к базовой соматотропной терапии необходимо присоединять психотропные средства (анксиолитики, антидепрессанты, антипсихотики, снотворные, ноотропы), опосредованно стабилизирующие физиологические показатели. Кроме того, весь процесс профилактики и лечения ССЗ желательно сопровождать курсом психотерапии, направленной на коррекцию личностных черт больного, его реакции на окружающее, разрешение психотравмирующей ситуации, урегулирование взаимоотношений в семье и т. д. Только весь лечебный комплекс может способствовать выздоровлению. Для претворения этого комплекса в жизнь требуется консультация психиатра, психотерапевта или психолога.

В настоящем исследовании показаны необходимость и эффективность адекватной, индивидуально подобранной психофармакотерапии и психотерапии при ССЗ.

Результаты нашего исследования подтверждаются данными других авторов. Так, в России изучению влияния депрессивных расстройств на течение и прогноз ССЗ посвящено крупномасштабное многоцентровое проспективное 3-летнее исследование «Координата», в котором оценивали влияние депрессивных состояний на течение и прогноз ИБС и АГ [6, 26]. Его результаты свидетельствуют о том, что терапия пациентов с ССЗ и сопутствующей депрессией без применения антидепрессантов недостаточно эффективна и не может быть признана рациональной. На фоне применения антидепрессантов достоверно снижается суммарный балл по шкале депрессии и уровень переживаемого больными психоэмоционального стресса; пациенты значительно меньше жалуются на нарушения сна,

Таблица 6.

*Влияние психофармакотерапии и комбинированной терапии (психофармакотерапия и психотерапия) на течение заболевания у 69 пациентов с ССЗ*

Показатель	Психофармакотерапия (n=42)	Комбинированная терапия (n=27)
Частота обострений (в течение года): до терапии на фоне терапии	7,1±4,4 2,9±1,5*	7,8±3,7 2,1±1,1*
Обращаемость к кардиологам (в течение года): до терапии на фоне терапии	14,1±5,3 8,7±3,9*	13,9±4,9 5,2±2,6*

Примечание. \* —  $p < 0,01$ .

слабость, утомляемость, снижение концентрации внимания. Именно эти симптомы зачастую расцениваются кардиологами и терапевтами как признак ухудшения течения основного заболевания и служат поводом для усиления антиангинальной и гипотензивной терапии [27–30].

При АГ, протекающей с психогенно спровоцированными подъемами АД, при назначении некоторых антидепрессантов и атипичных антипсихотиков отмечаются снижение среднего «рабочего» АД и уменьшение частоты подъемов АД [6, 31–35].

А.В. Недоступ и соавт. [36, 37] и А.Л. Сыркин и соавт. [38, 39] указывают на важную роль терапии бензодиазепиновыми анксиолитиками соматовегетативных расстройств (приливы жара или озноб, повышенная потливость, непереносимость духоты, чувство нехватки воздуха, ощущение «жжения» в теле, «перебоев» в работе сердца, «сжимания» в сердце, алгии, диспепсия, дрожь в теле, псевдообморочные состояния, головокружение, «спазм» в горле) у больных с пароксизмальной формой ФП и возможность путем психофармакологической коррекции добиться профилактики приступов ФП.

Среди антипсихотиков (нейролептики), назначение которых при ССЗ в ряде случаев направлено на снижение психомоторной активности и возбуждения, чаще, учитывая хорошую переносимость и относительно небольшую вероятность развития НЯ, используют препараты последних поколений — атипичные антипсихотики (кветиапин, оланзапин, рисперидон), а также широко применяемые при психосоматических расстройствах сульпирид и алимемазин, тиоридазин, хлорпротиксен [6, 24, 39, 40].

Антидепрессанты (тимоаналептики) — препараты, нормализующие патологически измененный гипотимический (депрессивный) аффект, способствуют редукции обусловленных депрессией когнитивных, двигательных и соматовегетативных проявлений [6, 8, 41].

В кардиологической практике, как правило, используют селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, пароксетин, сертралин, флувоксамин, циталопрам, эсциталопрам), агонист мелатонина и антагонист серотонина (агомелатин), обратимые ингибиторы моноаминоксидазы (пирлиндол), а также препараты с двойным механизмом действия (венлафаксин, милнаципран, дулоксетин) [1–5, 7, 39].

Анксиолитики (транквилизаторы) часто назначают пациентам кардиологических клиник для профилактики



и/или купирования тревожно-фобических расстройств при наличии и без панических атак и ипохондрических фобий, нозогенных реакций и развитий, ипохондрических и истерических депрессий. Транквилизаторы и гипнотики применяют для лечения стойкой диссомнии [11, 42, 43]. При этом в случае недостаточного гипнотического эффекта транквилизаторов возможно комбинированное назначение и других психотропных средств, характеризующихся наличием седативного эффекта и доказанной гипнотической активностью: антипсихотиков (алимемазин, хлорпротиксен, кветиапин), антидепрессантов (агомелатин, мirtазапин, флувоксамин, амитриптилин) [25, 44].

Среди анксиолитиков и гипнотиков пациентам с ССЗ чаще всего назначают производные бензодиазепа (диазепам, хлордиазепоксид, лоразепам, клоназепам, нитразепам и др.), триазолобензодиазепины (алпразолам, мидазолам), бензимидазол (афобазол), дифенилметан (гидроксизин), гетероциклические производные (зопиклон, золпидем) [44–46].

В ряде работ [6, 47] установлено протективное влияние бензодиазепиновых анксиолитиков на миокард в случае повреждений, вызванных последовательной сменой ишемического и реперфузионного процесса.

Ноотропные препараты последнего поколения (смешанные ноотропы [48], ноотрофы, нейропротекторы [49], «транквилоноотропы», или «ноотранквилизаторы» — мексидол, пантогам актив и т. п. [50]), обладающие широким спектром психофармакотерапевтической активности,

включающим не только прямое активизирующее действие на когнитивные функции (обучение, память, умственная деятельность и т. д.), но и церебропротекторный, анксиолитический, стимулирующий эффект и др., применяют у больных с ССЗ для профилактики и лечения соматогений, астенических депрессий, астенических и гиперсомнических состояний [39, 51]. Ноотропные средства назначают также для купирования побочных эффектов (вялость, сомнолентность, нарушения внимания), возникающих при использовании психотропных и кардиотропных препаратов [52].

Продолжительность профилактической и купирующей психофармакотерапии у пациентов с ССЗ определяется в первую очередь динамикой психопатологических расстройств. В большом числе случаев, когда психические нарушения приобретают затяжной характер (ипохондрические развития, затяжная депрессия), необходимо продолжение лечения в амбулаторных условиях после выписки из стационара [23, 53].

При использовании психотропных средств рекомендовано придерживаться монотерапевтического подхода [54–56], назначения лекарственных средств в малых дозах, постепенного увеличения суточной дозы препарата для установления индивидуальной переносимости и предотвращения НЯ [6, 57]. Психофармакотерапия у больных с ССЗ в условиях стационара может осуществляться кардиологом самостоятельно после консультации психиатра. В регулярном наблюдении психиатра нуждаются только больные с затяжными психопатологическими состояниями.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зотов П.Б., Уманский М.С. Депрессии в общемедицинской практике (клиника, диагностика, лекарственная терапия). Метод. пособие для врачей. М., 2006; 27 с.
2. Кустарева Ю.В. Применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в терапии депрессии у больных острым коронарным синдромом. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2006; 121 с.
3. Медведев В.Э. Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях. Cons Med Кардиол 2010; 5:141–4.
4. Полякова Е.О. Лечение аффективных расстройств у больных ишемической болезнью сердца. Рос психиатр журн 2005; 5:15–21.
5. Скорик Ю.В. Лечение депрессии у больных с острым коронарным синдромом. Материалы XIV съезда психиатров России. М., 2005; 147–8.
6. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Психокardiология. М.: МИА, 2005; 778 с.
7. Сыркин А.Л., Медведев В.Э., Троснова А.П. и др. Терапия депрессивных расстройств в кардиологической практике (опыт применения препарата Опра). Психич расстр в общ мед 2006; 2:28–31.
8. Федоренко В.Н., Радченко В.Г., Скоромец А.А. Психосоматические аспекты лечения больных ишемической болезнью сердца с поведенческим типом А. Клини мед 2004; 5:54–6.
9. Никитина Ю.М., Копылов Ф.Ю., Медведев В.Э. Факторы комплаентности больных ишемической болезнью сердца. Антибиот и химиотер 2009; 3–4 (спецвып): 185.
10. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология. 3-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008; 880 с.
11. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение. М., 2004; 235 с.
12. Buwalda F.M., Bouman T.K., Marijtte A.J. The Effect of a Psychoeducational Course on Hypochondriacal Metacognition. Cogn Ther Res 2008; 32:689–701.
13. Davidson K.W., Trudeau K.J., van Roosmalen E. et al. Perspective: Gender as a Health Determinant and Implications for Health Education. Health Educ Behav 2006; 33(6):31–43.
14. Набиуллина Р.Р. Результаты психотерапии больных артериальной гипертензией с различной генетической детерминированностью. Обзор психиатр и мед психол 2006; 2:15–7.
15. Бескова Д.А., Волель Б.А. Клинико-психологическая характеристика ипохондрических развитий у больных с кардиологической и онкологической патологией. Психич расстр в общ мед 2008; 2:26–34.
16. Бурно М.Е., Иговская А.С. Психотерапия пациентов с расстройствами личности, характеризующимися преобладанием ипохондрии. Журн невропатол и психиатр 2008; 108(12):27–31.
17. Петрова Н.Н. Коновалова В.А. Психотерапия в лечении психосоматических расстройств. Обзор психиатр и мед психол 2004; 3:25–7.
18. Шубик Ю.В., Медведев М.М., Ривин А.Е. и др. Контроль частоты сердечных сокращений и коррекция психоэмоционального статуса больных с персистирующей фибрилляцией предсердий: влияние качества жизни. Вестн аритмол 2003; 31:15–9.
19. Deutsch F. Psychoanalyse und organkrankheiten. Int Zeitschr Psychoanal Image 1922; 8:290.
20. Канорский С.Г., Скибитский В.В., Федоров А.В. Клиническая эффективность и возможный риск противоречивой терапии пароксизмальной фибрилляции предсердий: необходимость учета вегетативных влияний на сердце. Вестн аритмол 1998; 7:20–6.
21. Кардиология. Национальное руководство. Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; 1141–70.
22. Смулевич А.Б., Медведев В.Э. Терапия психических расстройств у больных с инфарктом миокарда. В кн.: А.Л. Сыркин, Н.А. Новикова, С.А. Терехина. Острый коронарный синдром. М.: МИА; 2010:333–47.
23. Czarny M.J., Arthurs E., Coffie D.F. et al. Prevalence of antidepressant prescription or use in patients with acute coronary syndrome: a systematic review. PLoS One 2011; 6(11):e27671.

24. Nielsen J., Graff C., Kanters J.K. et al. Assessing QT interval prolongation and its associated risks with antipsychotics. *CNS Drugs* 2011;25(6):473–90.
25. Zhu Y.J., Liu Z.Y., Chen Y. et al. Alprazolam use improves psychological status and reduces hospitalization costs in patients with paroxysmal supraventricular tachycardia underwent radiofrequency catheter ablation. *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi* 2007;35(10):919–22.
26. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Программа Координата (Клинико–эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца): результаты терапевтической части многоцентрового исследования. *Тер арх* 2006;4:38–43.
27. Chaturvedi S.K., Desai G., Shaligram D. Somatoform disorders, somatization and abnormal illness behavior. *Int Rev Psychiatry* 2006;18(1):75–80.
28. Clarke D.M., Kissane D.W., Smith G.C. Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness. *World Psychiatry* 2005;4(2):96–105.
29. Huffman J.C. Predicting panic disorder among patients with chest pain: an analysis of the literature. *Psychosomatics* 2003;44:222–36.
30. Palomo L., Rubio C., Gervas J. The comorbidity in primary care. *Gac Sanit* 2006;20:182–91.
31. Головачева Т.В., Скворцов В.В., Скворцов К.Ю. К вопросу о безопасности применения антидепрессантов в кардиологической практике. *Психич расстр в общей мед* 2008;4:23–8.
32. Гуров В.А., Медведев В.Э. Тревожные расстройства в общей медицине (аспекты клиники и терапии). *Арх внутр мед* 2011;2:15–9.
33. Дробижев М.Ю., Добровольский А.В., Долецкий А.А. Кардиологические и психопатологические аспекты безопасности комбинированной кардио- и психотропной терапии. *Психиатр и психофармакотер* 2005;3:132–6.
34. Медведев В.Э., Троснова А.П., Добровольский А.В. Препарат «Афобазол» в лечении невротических и соматизированных расстройств у больных с сердечно-сосудистой патологией. *Врач* 2006;14:19–22.
35. Becker N.G., Salim A., Kelman C.W. Analysis of a potential trigger of an acute illness. *Biostat* 2006;7(1):16–28.
36. Недоступ А.В., Соловьева А.Д., Санькова Т.А. Психовегетативные соотношения у больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии. *Тер арх* 2001;9:55–61.
37. Недоступ А.В., Федорова В.И., Линевич А.Ю. и др. Тревожно-депрессивные и нейромедиаторные нарушения у больных гипертонической болезнью, влияние на них терапии ципрамилом. *Тер арх* 2005;11:55–62.
38. Сыркин А.Л., Копылов Ф.Ю., Попова Е.А. и др. Психические расстройства на разных этапах течения фибрилляции предсердий. *Психич расстр в общей мед* 2007;4:10–4.
39. Сыркин А.Л., Новикова Н.А. Терехин С.А. Острый коронарный синдром. М.: МИА, 2010;440 с.
40. Бочарова М.В. Течение ишемической болезни сердца у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2007.
41. Семиглазова М.В., Довженко Т.В., Краснов В.Н. и др. Клинико-динамические особенности расстройств аффективного спектра и эффективность комплексной терапии (антиагреганты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ и тианептин) у пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда. *Психич здор* 2008;6:33–9.
42. Медведев В.Э., Елифанов А.В. Инновационный метод терапии депрессий у пациентов с ишемической болезнью сердца. *Обозр психиатр и мед психол* 2010;3:31–6.
43. Медведев В.Э., Морозов П.В. Особенности применения снотворных препаратов у больных с кардиологической патологией. *Акт вопр бол сердца и сосудов* 2006;2(1):50–2.
44. Абseitова С.Р. Сравнительная эффективность различных вариантов психофармакотерапии у больных с острым инфарктом миокарда и невротическими тревожно-депрессивными расстройствами. *Психич расстр в общей мед* 2009;4:26–30.
45. Никольская И.Н., Гусева И.А., Близнаевская Е.В. и др. Роль тревожных расстройств при гипертонической болезни и возможности их коррекции. *Леч врач* 2007;3:89–91.
46. Puli V., Eterovi D., Miri D. et al. Triggering of Ventricular Tachycardia by Meteorologic and Emotional Stress: Protective Effect of {beta}-Blockers and Anxiolytics in Men and Elderly. *Am J Epidemiol* 2004;160(11):1047–58.
47. Kato R., Foëx P. Myocardial protection by anesthetic agents against ischemia-reperfusion injury: an update for anesthesiologists. *Can J Anaesth* 2002;49(8):777–91.
48. Чутко Л.С. Неврастения. *Мед совет* 2009;4:19–20.
49. Ноотропы в когнитивной неврологии детского возраста. Под ред. Л.М. Кузнецовой. М., 2008;54 с.
50. Воронина Т.А., Середенин С.Б. Ноотропные препараты, достижения и новые проблемы. *Эксперим и клин фармакол* 1998;61(4):3–9.
51. Медведев В.Э. Лечение наиболее распространенных психических расстройств у кардиологических пациентов: место современных ноотропных препаратов. *Спр поли- клин врача* 2009;9:72–4.
52. Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Школьник Е.Л. и др. Депрессия и хроническая сердечная недостаточность при сердечно-сосудистых заболеваниях. М.: Анахарсис, 2006;112 с.
53. Hansen S. Mental health issues associated with cardiovascular disease in women. *Psychiatr Clin N Am* 2003;26:693–712.
54. Копылов Ф.Ю., Медведев В.Э., Никитина Ю.М. Прогностическое значение психических и патохарактерологических расстройств в прогрессировании ИБС. *Кардиол и серд-сосуд хир* 2008;3(1):24–7.
55. Копылов Ф.Ю., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Клинические и психосоматические особенности течения гипертонической болезни в условиях хронического стресса. *Клин мед* 2008;2:23–6.
56. Хаспекова Н.Б. Соловьева А.Д. Недоступ А.В. и др. Влияние клоназепама и антиаритмических препаратов на вариабельность ритма сердца больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии. *Кардиология* 2005;1:17–21.
57. Schmid C., Grohmann R., Engel R. et al. Cardiac Adverse Effects Associated with Psychotropic Drugs. *Pharmacopsychiatry* 2004;1:65–9.