

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ И ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПОЗДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Мелентьев И. А.¹, Вершинин А. А.¹, Мелентьев А. С.¹, Зайцев В. П.²

Цель. Выявить личностно-поведенческие предикторы госпитализации позднее 6 часов от клинической манифестации инфаркта миокарда (ИМ) и сопоставить их с показателями и предикторами летальности при пятилетнем наблюдении.

Материал и методы. У 203 мужчин (средний возраст — 58,34±10,44 лет), проходивших лечение по поводу ИМ, сопоставлены сроки госпитализации, показатели психологического тестирования на момент стабилизации соматического статуса и случаи летальных исходов при пятилетнем наблюдении.

Результаты. Своевременная госпитализация (СГ) — до 6 часов от начала сердечного приступа — имела место у 28,08% больных, а запоздалая госпитализация (ЗГ) — позднее 6 часов — у 71,92% больных ($p=0,001$). За 5 лет наблюдения умерло 28,57% больных, из них в группе СГ — 15,79%, а в группе ЗГ достоверно ($p=0,037$) больше — 33,56% больных. Психологическими предикторами как случаев ЗГ, так и отдаленных летальных исходов, оказались степень выраженности поведенческого типа А, повышение показателей агрессивности и алекситимии при снижении уровня субъективного контроля в области неудач и показателей гармонического типа отношения к болезни.

Заключение. Проблема своевременного начала лечения ИМ остается неразрешимой без учета психологии коронарного больного, его личностно-поведенческих особенностей, которые могут являться психологическим обеспечением СГ и, наоборот, выступать психологическим барьером к ней. Психотерапевтическая опора на первые и коррекция вторых должна быть использована при психопрофилактике ЗГ у лиц с высоким риском ОКС.

Российский кардиологический журнал 2015, 1 (117): 72–77
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-01-72-77>

Ключевые слова: инфаркт миокарда, запоздалая и своевременная госпитализация, враждебность, поведенческий тип А, алекситимия, уровень субъективного контроля.

¹ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, кафедра пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики педиатрического факультета, Москва; ²ФГУ Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии Минздрава РФ, Москва, Россия.

Мелентьев А.С. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики педиатрического факультета, Мелентьев И.А. — к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики педиатрического факультета, Вершинин А.А.* — ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики педиатрического факультета, Зайцев В.П. — д.м.н., главный научный сотрудник отдела медицинской психологии.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): versal8@mail.ru

ИМ — инфаркт миокарда, ТЛТ — тромболитическая терапия, ОКС — острый коронарный синдром, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ВКС — внезапная коронарная смерть, СМП — скорая медицинская помощь, СГ — своевременная госпитализация, ЗГ — запоздалая госпитализация, ПТА — поведенческий тип А, JAS — Jenkins Activity Survey (психологический тест Дженкинса, оценивающий степень выраженности ПТА), ШВ — Шкала Враждебности Кука-Медлей (ШВ), ТАШ — Торонтская Алекситимическая Шкала, ШРЛТ — Шкала Реактивной и Личностной Тревожности, СМОЛ — Сокращенный Многопрофильный Опросник для исследования личности, ТОБОЛ — Тест Отношения к Болезни, ТООБ — Тип Отношения к Болезни, КЖ — Качество Жизни, УСК — Уровень Субъективного Контроля.

Рукопись получена 05.04.2014
 Рецензия получена 05.05.2014
 Принята к публикации 13.05.2014

PSYCHOLOGICAL PREDICTORS AND LONG-TERM CONSEQUENCES OF DELAYED HOSPITALIZATION IN MYOCARDIAL INFARCTION

Melentyev I. A.¹, Vershinin A. A.¹, Melentyev A. S.¹, Zaytsev V. P.²

Aim. To reveal the personal-behavioral predictors of later than 6 hours after onset MI hospitalization and to compare these with parameters and predictors of mortality during 5 year follow-up.

Material and methods. In 203 men (mean age 58,34±10,44 y.), had being treated for MI, the timing of hospitalization compared depending on psychological testing parameters at the moment of somatic stabilization achievement, as the lethal cases, during 5-year period.

Results. On time hospitalization (OH) — in 6 hours from the onset of heart attack — took place in 28,08% of patients, and delayed (DH) — later than 6 hours — in 71,92% ($p=0,001$). During 5 years of follow-up 28,57% of patients died, of those in OH group 15,79% and in DH group — 33,56% ($p=0,037$). Psychological predictors of DH cases as long-term mortality were the prevalence of behavioral type A, aggressiveness increase as alexithymia with a decrease of subjective control in misfalls and harmony of disease relationship.

Conclusion. The problem of on time MI treatment is still non-solvable without psychology of coronary patient, their personality-behavioral properties, which might

become a psychological supplement for OH and be against this. Psychotherapeutical reliance on the former and correction of the latter should be used in psychoprophylaxy of DH in high risk ACS patients.

Russ J Cardiol 2015, 1 (117): 72–77
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2015-01-72-77>

Key words: myocardial infarction, delayed and on time hospitalization, hostility, behavioral type A, alexithymia, the level of subjective control.

¹SBEI HPE RNRMU n.a. N.I. Pirogov, Moscow; ²FSI Russian Scientific Centre for Medical Rehabilitation and Resort Studies of the Ministry of Healthcare, Moscow; Russia.

При угрозе развития инфаркта миокарда (ИМ) тромболитическая терапия (ТЛТ) нередко является одним из важных условий спасения жизни больных, однако эффективность этого метода реперфузии

лимитирована временем его применения. Так, проведенная по показаниям в первые 6 часов от начала сердечного приступа, ТЛТ позволяет предотвратить на 1000 пролеченных пациентов как минимум

30 смертей, в сроки от 6 до 12 часов — только 20 смертей, а после 12 часов — уже не снижает показателей летальности у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) [1, 2]. Вместе с тем, согласно российскому регистру ОКС, в нашей стране позднее 12 часов от момента появления ангинозных болей госпитализируется 45,4% пациентов [3]. Относительно своевременная госпитализация — до 6 часов от клинической манифестации ОКС — встречается менее чем в 30% случаев, а более поздняя обращаемость за скорой медицинской помощью (СМП) практически лишает смысла проведение госпитальной ТЛТ [2] и наблюдается в России у 70-80% больных с острыми формами ишемической болезни сердца (ИБС) [4]. Тот факт, что по сравнению с госпитальной догоспитальная ТЛТ дает выигрыш лишь на 1 час [1], а большинство российских больных обращается за СМП по поводу ОКС с задержками до 8-10 часов, не только обсуждался на государственном уровне, но и послужил основанием для констатации трудности решения проблем в сфере ОКС [5].

Открытым остается вопрос о том, что порождает серьезность этих проблем в нашем обществе помимо недостаточной осведомленности людей. Ведь средства массовой информации все более активно привлекаются к санитарному просвещению населения, а во многих поликлиниках проходят занятия “школ здоровья”, на которых больным ИБС и их родственникам преподносятся объективные сведения о способах адекватной самопомощи и взаимопомощи [4]. Тем не менее, мужская сверхсмертность в России [6] во многом определяется тем, что от острых форм ИБС на догоспитальном этапе умирают 87,98% мужчин, причем у тех из них, кто старше 60 лет, смерть наступает до личного контакта с медработниками в 2/3 случаев [7]. Установлено, что это происходит не столько из-за молниеносности наступления внезапной коронарной смерти (ВКС), сколько вследствие неадекватного поведения в болезни, так как из числа умерших до прибытия СМП пациентов от ВКС умирает лишь 20% [8].

Остальные 80% больных могли бы успеть получить необходимое лечение, если бы незамедлительно вызвали СМП, которая прибывает к московским пациентам в среднем через 30 минут после обращения, а по поводу ОКС — ещё на 8,5 минут раньше [9]. Этим диктуется задача оптимизации терапевтического обучения больных ИБС правилам поведения в ситуации развития ОКС, что требует изучить предпосылки их задержек с обращением за СМП и выявить субъективные причины столь важного феномена из области поведенческой кардиологии. Тем более что, по данным российского эпидемиологического исследования “Резонанс”, у больных ОКС на продолжительность времени принятия решения о необходимости обращения за СМП, не оказывает стати-

стически значимого влияния ни один из учитываемых кардиологами объективных демографических и клиничко-anamnestических факторов. Это такие характеристики, как возраст больных, длительность и типичность или атипичность болевого синдрома, дневное или ночное время его возникновения, день недели развития сердечного приступа, а также наличие в анамнезе стенокардии или перенесенного ранее ИМ [10].

В то же время в общей популяции установлено, что нежелание прибегать к любому виду помощи от окружающих, в том числе СМП, тесно связано с завышенной самооценкой, застенчивостью, недоверчивостью, подозрительностью, скептицизмом и негативизмом [11]. У больных ИБС роль субъективного препятствия для своевременного обращения за СМП могут играть проявления повышенной враждебности и поведенческого типа А (ПТА), которые к тому же являются психологическими факторами риска ИМ и его осложнений [12]. Можно предполагать, что случаи запоздалой госпитализации зависят у больных ОКС от сложного комплекса вышеуказанных и еще не уточненных особенностей личности и поведения, которые играют патогенную роль в развитии ИБС, снижают готовность к терапевтическому сотрудничеству и поэтому способны влиять не только на ближайшие, но и на отдаленные исходы заболевания. Иначе трудно объяснить тот факт, что даже через 10 лет после ИМ жизненный прогноз пациентов, которым проводилась ТЛТ давно используемой и неэффективной в 50% случаев стрептокиназой, оказался достоверно ($p=0,02$) лучше, чем у больных, не получавших данного вида лечения, при котором не устраняется причина возможного появления новых тромбов — суживающей просвет коронарной артерии атеросклеротической бляшки [2].

Если быстрое начало растворения тромба значительно важнее для прогноза больных, чем выбор того или иного тромболитика [1], то положительное влияние на отдаленные исходы ИМ метода “быстрой ТЛТ” стрептокиназой [13], по-видимому, требует не отказа от применения других препаратов [14], а психосоматического исследования природы данного явления. Для этого необходим сравнительный анализ психологических характеристик своевременно и запоздало госпитализированных пациентов, особенно перенесших ИМ, тем более, что ТЛТ позитивно влияет на выживаемость больных только при данной форме ИБС, связанной с высокой пятилетней смертностью, превышающей в московской популяции 30% [15].

Цель — выявить личностно-поведенческие предикторы госпитализации позднее 6 часов от клинической манифестации ИМ и сопоставить их с показателями и предикторами летальности при пятилетнем наблюдении.

Таблица 1

Достоверные отличия показателей психологических тестов у больных ИМ в группе СГ и в группе ЗГ

Показатели тестов	Группа СГ (n=57)	Группа ЗГ (n=146)	Достоверность отличий
Гармонический тип отношения к болезни по тесту ТОБОЛ	21,10±7,56	15,90±8,50	p<0,05
Эгоцентрический тип отношения к болезни по тесту ТОБОЛ	6,92±2,56	8,87±3,03	p<0,05
Общая враждебность по тесту ШВ	44,14±3,17	48,47±4,19	p<0,05
Паранойяльные проекции по тесту ШВ	43,10±2,67	47,28±2,89	p<0,02
Гнев по тесту ШВ	37,74±2,08	44,82±2,92	p<0,01
Агрессивность по тесту ШВ	48,00±2,25	52,23±2,45	p<0,01
Показатель сокращенного теста JAS	77,06±5,47	69,98±6,96	p<0,05
Личностная тревожность по тесту ШРЛТ	45,20±3,04	47,69±3,72	p<0,05
Субъективный контроль в области неудач по тесту УСК	4,84±0,36	4,20±0,94	p<0,05
Субъективный контроль в области семейных отношений по тесту УСК	5,52±0,42	4,27±0,78	p<0,05
Показатель алекситимии по тесту ТАШ	70,20±3,62	74,91±4,03	p<0,01

Материал и методы

У 203 мужчин (средний возраст — 58,34±10,44 лет), проходивших лечение по поводу ИМ в ГКБ №4 г. Москвы, сопоставлены сроки госпитализации и показатели психологического тестирования на момент стабилизации соматического статуса. Статистический анализ включал использование критерия Пирсона с учетом поправки Йетса (χ^2), t-критерия Стьюдента и F-критерия Фишера. Своевременная госпитализация (СГ) — до 6 часов от начала сердечного приступа — имела место у 57 больных (28,08%), а запоздалая госпитализация (ЗГ) — у 146 больных (71,92%; p=0,001). В этих группах с помощью компьютерных психодиагностических систем, разработанных в Научно-медицинском центре “РАДИКС”, сравнивались показатели сокращенного теста Дженкинса (JAS — Jenkins Activity Survey), Шкалы Враждебности Кука-Медлей (ШВ), Торонтской Алекситимической Шкалы (ТАШ), Шкалы Реактивной и Личностной Тревожности (ШРЛТ), Сокращенного Многопрофильного Опросника для исследования Личности (СМОЛ), тестов Тип Отношения к Болезни (ТОБОЛ), Качество Жизни (КЖ) и Уровень Субъективного Контроля (УСК) [12].

На протяжении 5 лет после выписки больных прослеживалась их судьба, фиксировались случаи наступления смерти и повторных госпитализаций по поводу новых эпизодов обострения ИБС.

Полученные результаты: за 5 лет наблюдения умерло 58 больных (28,57%), из них в группе СГ — 9 (15,79%), а в группе ЗГ достоверно (p=0,037) больше — 49 (33,56%). Эти группы достоверно не различались по количеству случаев осложненного течения ИМ в остром периоде, которое в группе СГ составило 32 (56,14%), а в группе ЗГ — 84 (57,33%), и по числу повторных госпитализаций после выписки, которое в группе СГ составило 11 (19,30%), а в группе ЗГ — 24 (16,44%). По-видимому, тенденция к большему в процентном отношении количеству повторных госпита-

лизаций при достоверно меньшей смертности больных из группы СГ была обусловлена не большей тяжестью соматического статуса, а иным личностным отношением к здоровью, своему заболеванию и его лечению, чем у больных из группы ЗГ.

Подтверждением этому служат достоверные отличия усредненных показателей психологических тестов в группах СГ и ЗГ (табл. 1). Более высокие у больных в группе СГ показатели гармонического типа отношения к болезни (ТОБ), по тесту ТОБОЛ, отражают их большую способность адекватно оценивать свое состояние и готовность следовать врачебным рекомендациям. Тогда как повышение показателей эгоцентрического ТОБ у больных в группе ЗГ отражает склонность последних использовать симптомы заболевания для достижения личных целей и требовать к себе особого отношения. При этом, по тесту ШВ, у больных в группе ЗГ выявляются более высокие показатели общей враждебности и таких ее составляющих как склонность к паранойяльным проекциям, гневу и агрессивности. Эти когнитивные, эмоциональные и поведенческие проявления враждебности менее выражены у больных в группе СГ, которые, соответственно, меньше склонны приписывать негативные качества окружающим людям, испытывать по отношению к ним враждебные чувства и демонстрировать в поведении недовольство и негодование. При этом пациенты из группы СГ отличаются от больных из группы ЗГ более высоким показателем сокращенного теста JAS, величина которого обратно пропорциональна степени выраженности “стресс-коронарного” ПТА, проявляющегося дефицитом контроля агрессивности в поведении, ориентированном на лидерство, завышенной самооценкой, амбициозностью, нетерпеливостью и чрезмерной эмоциональной напряженностью. Достоверно преобладающие у больных из группы ЗГ признаки ПТА, представители которого склонны скрывать и, вместе с тем, обостренно пере-

Таблица 2

Достоверные отличия показателей психологических тестов у выживших и умерших больных ИМ за 5 лет наблюдения

Показатели тестов	Выжившие (n=145)	Умершие (n=58)	Достоверность отличий
Агрессивность по тесту ШВ	50,33±3,88	53,20±3,35	p<0,05
Показатель алекситимии по тесту ТАШ	72,89±4,19	76,83±4,01	p<0,05
Гармонический тип отношения к болезни по тесту ТОБОЛ	19,06±4,94	13,43±3,56	p<0,05
Субъективный контроль в области неудач по тесту УСК	4,58±1,66	4,08±1,54	p<0,05
Показатель сокращенного теста JAS	74,79±7,67	70,25±7,03	p<0,05
Депрессия по тесту СМОЛ	51,63±3,47	56,44±3,86	p<0,05
Гипомания по тесту СМОЛ	50,17±4,34	45,64±3,72	p<0,05
Меланхолический тип отношения к болезни по тесту ТОБОЛ	4,45±1,58	7,43±1,36	p<0,05
Качество жизни по тесту КЖ	-7,87±3,91	-9,91±3,64	p<0,05
Субъективный контроль в области здоровья по тесту УСК	4,60±1,37	5,43±1,20	p<0,05

живать любой неуспех, особенно подмеченный окружающими, объясняют повышение у больных этой группы уровня личностной тревожности (по тесту ШРЛТ). Их предрасположение к тревожному реагированию, по-видимому, может быть связано и с ПТА в целом, и с агрессивностью как его ведущим компонентом, который в наибольшей мере способствует трудностям в межличностном общении из-за опасений ответного агрессивного отпора извне.

Повышенная тревожность как личностная черта, которая в ситуации обострения ИБС могла бы мотивировать к быстрому обращению за помощью к людям, способным вызвать службу “03”, не приводит к такому результату у больных из группы ЗГ, поскольку, по данным теста УСК, сочетается у них с двумя неблагоприятными тенденциями. Это склонность приписывать ответственность за свои проблемы окружающим и неверие в возможность добиться доброжелательного участия от членов семьи, о чем свидетельствуют достоверно более низкие показатели УСК в области неудач и семейных отношений у больных из группы ЗГ. Кроме того, согласно результатам теста ТАШ, их отличают от больных из группы СГ достоверно более высокие показатели алекситимии — личностного свойства, которое предопределяет трудности в формулировании жалоб как из-за недостаточно развитой способности к словесному выражению эмоций, так и вследствие непонимания различий между эмоциями и телесными ощущениями. При “отсутствии слов для описания своих чувств”, как переводится термин алекситимия, призыв о помощи не может быть предъявлен ясно и своевременно ни лицам из ближайшего окружения больного, ни диспетчеру службы СМП, что отдаляет начало адекватного лечения.

Полученные результаты, на наш взгляд, целесообразно рассматривать в широком контексте понятия “низкой комплаентности”, которая, по мнению ряда кардиологов, характерна для “россиян в целом”

и лежит в основе их “высокой смертности и короткой продолжительности жизни” [6]. Отчасти это предположение о важной роли в углубляющемся демографическом кризисе дефицита согласия (комплаенса) как психосоциального фактора, влияние которого распространяется за рамки отношений “врач — больной” на сферу внутрисемейных и других межличностных отношений, подтвердилось у наших пациентов общностью некоторых психологических предикторов ЗГ и пятилетней смертности (табл. 2). Ими являются повышение показателей агрессивности по тесту ШВ и алекситимии по тесту ТАШ при снижении показателей гармонического ТОБ по тесту ТОБОЛ, уровня субъективного контроля в области неудач по тесту УСК и показателя сокращенного теста JAS, уменьшение которого отражает повышение выраженности ПТА.

Свойственные представителям этого поведенческого типа стремление к демонстрации превосходства, заряженная агрессивностью тяга к власти при алекситимической неспособности к конструктивному взаимодействию с окружающими и склонность перекладывать на них ответственность за неудачи повышают риск ЗГ при развитии ИМ, дисгармоничность реагирования на заболевание в период стационарного лечения, а на постгоспитальном этапе — риск смерти. В коррекции выше указанных признаков психосоциальной дезадаптации нуждаются предрасположенные к ней лица и, в первую очередь, больные ИБС, особенно перенесшие ИМ. В нашей стране каждый четвертый мужчина старше 44 лет болен ИБС, а нефатальный ИМ перенесли 2,5 миллиона человек, то есть 1,8% населения России страдает ИБС на фоне постинфарктного кардиосклероза, при котором вероятность повторного ИМ повышается не менее чем в 5 раз [5].

Из приведенных статистических данных и результатов нашего исследования вытекает необходимость усилить психопрофилактическую составляющую

терапевтического обучения больных ИБС, используя средства психодиагностики и психотерапии с целью уменьшения случаев ЗГ при первичном ИМ и его повторном развитии. Так, может быть повышена частота использования и эффективность ТЛТ и экстренных кардиохирургических вмешательств, а, значит, снижена ближайшая и отдаленная летальность больных ИМ, что требует улучшения медико-психологической подготовки кардиологов и терапевтов. С учетом всего вышеизложенного, этот путь представляется более целесообразным, чем вменять в обязанности среднего медицинского персонала проведение догоспитальной ТЛТ и занятий с больными и их родственниками по программам “школ здоровья”.

Как следует из таблицы 2, психологические маркеры риска отдаленных летальных исходов, не входящие в число предикторов ЗГ, в основном отражают низкий уровень жизненной активности, настроения и уверенности в своем выздоровлении. Об этом свидетельствует повышение в группе умерших показателей шкалы психической депрессии и снижение показателей шкалы гипомании теста СМОЛ, а также повышение показателей меланхолического ТООБ по тесту ТООБЛ и снижение показателей качества жизни по тесту КЖ, отражающее степень неудовлетворенности жизнью и остроту переживаний по поводу болезни и связанных с ней ограничений.

Очевидно, что коррекция этих проявлений ранней постинфарктной депрессии с чувством подавленности, душевной угнетенности и элементами меланхолической “капитуляции перед болезнью”, отвечает задачам как психологической реабилитации, так и вторичной профилактики. Однако их цели могут вступать и в противоречие друг с другом. Так, неожиданной находкой в группе умерших больных оказались достоверно более высокие, чем у выживших пациентов, показатели уровня субъективного контроля в области отношения к здоровью по тесту УСК. Обычно повышение этого показателя трактуется в позитивном ключе успешной психологической реабилитации, однако склонность больше полагаться на себя и свои силы в борьбе с болезнью, чем уповать на помощь врачей, характеризовала умерших больных. По-видимому, интерпретировать этот факт нужно не в контексте теории о высоком реабилитационном потенциале самостоятельного “совладания с болезнью”, а в плане представлений о важной для

профилактики роли согласия больного на сотрудничество с врачами, иначе говоря, — “союзе врача и пациента”.

Повышать мотивацию к этому необходимо, поскольку выжившие пациенты, судя по данным тестов УСК и ТООБЛ, оказались более склонными следовать врачебным советам и выполнять рекомендации по лечению и образу жизни. Врачам и организаторам здравоохранения важно при этом учитывать, что, вне зависимости от сроков госпитализации, риск отдаленных летальных исходов после ИМ ассоциирован с проявлениями психической депрессии в сочетании с повышенным уровнем субъективного контроля в области отношения к здоровью. Это, парадоксальное, на первый взгляд, сочетание, может означать разочарование пациентов в своих врачах, лечебных учреждениях и медицине в целом, которое, к сожалению, широко распространено в нашем обществе, по причинам как чисто медицинского, так и социально-экономического характера [6].

Заключение

1. Проблема своевременного начала лечения ИМ остается неразрешимой без учета психологии коронарного больного, его личностно-поведенческих особенностей, которые могут являться психологическим обеспечением СГ и, наоборот, выступать психологическим барьером к ней. Психотерапевтическая опора на первые и коррекция вторых должна быть использована при психопрофилактике ЗГ у лиц с высоким риском ОКС.

2. Больные из группы СГ достоверно отличаются от больных из группы ЗГ более высокой пятилетней выживаемостью и достоверно более высокими показателями гармонического типа отношения к болезни и уровня субъективного контроля в области неудач и семейных отношений. Снижение этих показателей при достоверно большей выраженности проявлений ПТА, общей враждебности, эгоцентрического типа отношения к болезни, личностной тревожности и алекситимии отличает больных из группы ЗГ.

3. Психологическими предикторами как случаев ЗГ, так и отдаленных летальных исходов у больных ИМ, являются степень выраженности ПТА, повышенные показатели агрессивности и алекситимии при снижении уровня субъективного контроля в области неудач и показателей гармонического типа отношения к болезни.

Литература

1. Ruda MY. What the practical doctor needs to know about thrombolytic therapy at a myocardial infarction. Heart 2002; 1: 9-12. Russian (М.Я. Руда Что нужно знать практичному врачу о тромболитической терапии при инфаркте миокарда. Сердце 2002; 1: 9-12).
2. Syrkin AL, Novikova NA, Terekhin SA. Acute coronary syndrome. M.: JSC Medical News Agency, 2010; p. 263. Russian (А.Л. Сыркин, Н.А. Новикова, С.А. Терехин. Острый коронарный синдром. М.: ООО “Медицинское информационное агентство”, 2010. С.263).
3. Boitsov SA, Dovgalevsky PY, Girdnev VI, et al. Comparative analysis of data Russian and foreign registers of a sharp coronary syndrome. Cardiological messenger 2010; 1: 82-6. Russian (С.А. Бойцов, П.Я. Довгалеvский, В.И. Гирднев В.И. и др. Сравнительный анализ данных Российского и зарубежных регистров острого коронарного синдрома. Кардиологический вестник 2010; 1: 82-6).
4. Yurkovsky OI, Zamotayev YN. Status and prospects of rehabilitation of patients with post-stressful frustration. M.: Medicine, 2009: 193-206. Russian (О.И. Юрковский,

- Ю.Н. Замотаев. Состояние и перспективы реабилитации больных с постстрессовыми расстройствами. М.: Медицина, 2009: 193-206).
- Actual issues of rendering the medical and social care the patient with a sharp coronary syndrome in the Russian Federation. Effective pharmacotherapy. *Cardiology and angiology* 2011; 2: 52-6. Russian (Актуальные вопросы оказания медицинской и социальной помощи больным с острым коронарным синдромом в Российской Федерации. Эффективная фармакотерапия Кардиология и ангиология. 2011; 2: 52-6).
 - Luisov VA, Harchenko VI, Gorbachenkov AA, et al. The rational market relations in modern Russian health care on the basis of experience of the practical doctor (debatable article, part I) *Russ J Cardiol* 2009; 1: P. 4-16 Russian (В.А. Люсов, В.И. Харченко, А.А. Горбаченков и др. Рациональные рыночные отношения в современном российском здравоохранении на основании опыта практического врача (дискуссионная статья, часть I). *Российский кардиологический журнал* 2009; 1: 4-16).
 - Boitsov SA, Nikulin NN, Yakushin SS, et al. Detectability of Acute forms of coronary heart disease in clinical practice. *Clinical medicine* 2010; 6 (88): 30-5. Russian (Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Якушин С.С. и др. Выявляемость острых форм ишемической болезни сердца в клинической практике. *Клиническая медицина*. 2010; 6 (88): 30-5).
 - Chazov EI. Acute coronary syndrome. In: Chazov EI, Tereshchenko SN, Golitsin SP. *Urgent cardiology*. М.: Эксмо, 2011: 22-4. Russian (Е.И. Чазов Острый коронарный синдром. В книге: Чазов Е.И., Терещенко С.Н., Голицин С.П. Неотложная кардиология. М.: Эксмо, 2011: 22-4).
 - Early stage-by-stage restoration of the broken blood supply of heart and improvement of the next and average and remote forecast at patients with a sharp myocardial infarction (clinical-pathophysiological and pharmacological aspects). Ed.: Ioseliani DG, Seltsovsky AP. М., 2009: 31. Russian (Раннее поэтапное восстановление нарушенного кровоснабжения сердца и улучшение ближайшего и средне-отдаленного прогноза у больных острым инфарктом миокарда (клинико-патологические и фармакологические аспекты). Под ред. Д.Г. Иоселиани, А.П. Сельцовского. М., 2009: 31).
 - Nikulina NN. Acute forms of coronary heart disease: improvement of diagnostics and the organization of medical care at a pre-hospital stage. *Avtoref. of MD.*, 2011 Russian (Н.Н. Никулина. Острые формы ишемической болезни сердца: совершенствование диагностики и организации медицинской помощи на догоспитальном этапе. Автореф. Дис. ... докт.мед.наук. М., 2011)
 - Ilyin EP. *Psychology of the help. Altruism, egoism, empathy*. SPb. 2013: 170-7 Russian (Ильин Е.П. Психология помощи. Альтруизм, эгоизм, эмпатия. СПб.: Питер, 2013: 170-7).
 - Melentyev IA, Vershinin AA, Kolesnikova EA, et al. The clinical course of coronary heart disease, post-stroke remodeling, the psychological status and hospitalization terms at patients with various genotypes of a gene of angiotensin-converting enzyme. *Russ J Cardiol* 2006; 3: 6-16 Russian (И.А. Мелентьев, А.А. Вершинин, Е.А. Колесникова и др. Клиническое течение ишемической болезни сердца, постинфарктное ремоделирование, психологический статус и сроки госпитализации у больных с различными генотипами гена ангиотензинпревращающего фермента. *Российский кардиологический журнал* 2006; 3: 6-16).
 - Gnezdilova NY. Treatment of patients by a Acute myocardial infarction by a method fast thrombolysis and its influence on the remote forecast: *Avtoref. M.*, 2004. Russian (Н.Ю. Гнездилова Лечение больных острым инфарктом миокарда методом быстрого тромболизиса и влияние его на отдаленный прогноз: Автореф. дис. ... канд. мед. наук М., 2004).
 - Bokarev IN, Aksenova MB, Hlevchuk TV. Acute coronary syndrome and its treatment: manual for the students of medical higher education institutions. 2-nd prod., additional. М.: Applied medicine, 2009: 54. Russian (И.Н. Бокарев, М.Б. Аксенова, Т.В. Хлевчук Острый коронарный синдром и его лечение: учебное пособие для студ. мед. вузов. — 2-е изд. испр. и доп. — М.: Практическая медицина, 2009: 54).
 - Kokorin VA, Sytnik NV, Dudareva AV, et al. Activity renin-angiotensin-aldosterone and simpato-adrenal systems at patients in the remote terms after primary myocardial infarction. *Russ J Cardiol* 2009; 4(78): 17-21. Russian (В.А. Кокорин, Н.В. Сытник, А.В. Дударева и др. Активность ренин-ангиотензин-альдостероновой и симпатoadrenalовой систем у больных в отдаленные сроки после первичного инфаркта миокарда. *Российский кардиологический журнал*. 2009; 4(78): 17-21).

Подписка на 2015г через сайт издательства*

Российский кардиологический журнал			
Электронная версия (скачивается с сайта в любом из трех предложенных форматов, в течение 2 месяцев после получения уведомительного письма)	12 номеров (годовая подписка)		1050-00 руб
	6 номеров (полугодовая подписка)		525-00 руб
Бумажная версия*** (присылается по почте)	12 номеров (годовая подписка)	Для членов РКО**	1440-00 руб
	6 номеров (полугодовая подписка)	Для членов РКО**	760-00 руб
	12 номеров (годовая подписка)		2160-00 руб
	6 номеров (полугодовая подписка)		1080-00 руб
Бумажная версия*** + Электронная версия	12 номеров (годовая подписка)	Для членов РКО**	1800-00 руб
	6 номеров (полугодовая подписка)	Для членов РКО**	1180-00 руб
	12 номеров (годовая подписка)		2940-00 руб
	6 номеров (полугодовая подписка)		1530-00 руб
Кардиоваскулярная терапия и профилактика			
Электронная версия (скачивается с сайта в любом из трех предложенных форматов, в течение 2 месяцев после получения уведомительного письма)	6 номеров (годовая подписка)		600-00 руб
	6 номеров (годовая подписка)		1080-00 руб
Бумажная версия + Электронная версия	6 номеров (годовая подписка)		1440-00 руб
Полный комплект подписки на Российский кардиологический журнал (12 номеров), журнал Кардиоваскулярная терапия и профилактика (6 номеров)			
Электронная версия (скачивается с сайта в любом из трех предложенных форматов, в течение 2 месяцев после получения уведомительного письма)	22 номера (годовая подписка)	Для членов РКО**	1700-00 руб
	11 номеров (полугодовая подписка)	Для членов РКО**	850-00 руб
	22 номера (годовая подписка)		1800-00 руб
	11 номеров (полугодовая подписка)		950-00 руб

* Стоимость подписки по прайсу издательства. Подписка осуществляется через сайт www.rosccardio.ru. Оплата подписки осуществляется наличными в отделении Сбербанка (платежное поручение распечатывается через сайт) или электронным платежом через ROBOKASSA (Visa, Mastercard, мобильным телефоном — МТС, Мегафон, Билайн, всеми электронными валютами, наличными через сеть терминалов, через интернет-банки и другими способами).

** Российское кардиологическое общество. Официальный сайт — www.scardio.ru

*** Оформление подписки на бумажную версию возможно только по адресу в Российской Федерации. Для подписчиков из стран СНГ и стран Евросоюза подписка осуществляется через подписные агентства.