

# Инфаркт миокарда: частота, половозрастные, профессиональные и клинические особенности

Л.В.Бетуганова, А.А.Эльгаров, М.Б.Байсултанова, М.А.Эльгаров, М.А.Калмыкова  
ГБОУ ВПО Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова  
Минобрнауки России, Нальчик

**Резюме.** Установлены частота, особенности клиники инфаркта миокарда, позднее обращение за неотложной помощью, структура и характер осложнений, роль профессионального и образовательного факторов в течение 13 лет, эффективность комплексного наблюдения за лицами с постинфарктным кардиосклерозом, обеспечившего формирование проекта медико-психологического мониторинга пациентов с инфарктом миокарда.

**Ключевые слова:** инфаркт миокарда, частота, осложнения, пол, возраст, эффективность наблюдения, медико-психологический мониторинг.

## Myocardial infarction: frequency, professional, clinical and sex-related peculiarities, medical rehabilitation

L.V.Betuganova, A.A.Elgarov, M.B.Baysultanova, M.A.Elgarov, M.A.Kalmykova  
Kh.M.Berbekov's Kabardino-Balcarian State University, Nalchik

**Summary.** Myocardial infarction frequency, clinical peculiarities, complications structure and type, late appealability) for medical aid, effectiveness of complex monitoring for patients with cardiosclerosis are established in past 13 years. These data provided basis for medical psychological monitoring project in myocardial infarction patients.

**Key words:** myocardial infarction, frequency, complications, sex, age, monitoring effectiveness, psychophysiological monitoring.

### Сведения об авторах

**Бетуганова Лариса Вячеславовна** – аспирант каф. пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО КБГУ им. Х.М.Бербекова

**Эльгаров Анатолий Адальбиевич** – д-р мед. наук, проф., проф. каф. пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО КБГУ им. Х.М.Бербекова. E-mail: maratusnn@mail.ru

**Байсултанова Марьям Борисовна** – аспирант каф. пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО КБГУ им. Х.М.Бербекова

**Эльгаров Марат Анатольевич** – канд. мед. наук, науч. сотр. лаб. профилактической и автодорожной медицины ГБОУ ВПО КБГУ им. Х.М.Бербекова. E-mail: maratusnn@mail.ru

**Калмыкова Марьяна Анатольевна** – канд. мед. наук, ассистент каф. факультетской терапии

Актуальность проблемы инфаркта миокарда (ИМ) бесспорна и определяется тенденцией к росту заболеваемости и смертности лиц с острыми и хроническими формами ишемической болезни сердца в большинстве стран мира [1–5], что связано с увеличением основных факторов риска атеросклероза, включая и психосоциальные. ИМ – одна из весьма распространенных причин летальности и нарушения трудоспособности вплоть до инвалидизации [6–8]. Неблагоприятное течение ИМ, развитие ряда жизнеугрожающих осложнений обусловлены, как правило, поздней диагностикой (ображаемостью), сроками и объемом оказания неотложной помощи и поступления в специализированный стационар, качеством и полнотой вторичной профилактики, наличием тревожно-депрессивных расстройств (ТДР), острых психозов (ОП), а также отсутствием рационального постоянного медико-психологического наблюдения постинфарктных пациентов (ПП) в течение всей последующей жизни [9, 10]. Несмотря на снижение стационарной смертности при ИМ, выживаемость остается низкой; ежегодная летальность составляет около 5%. Кроме этого, примерно у 27–60% пациентов с ИМ в ближайшие или более поздние сроки развивается сердечная недостаточность, у 74–95% диагностируются разные формы желудочковых аритмий [11–15]. Именно поэтому важное значение имеет госпитальная реабилитация пациентов с ИМ [16–19].

Цель исследования – изучить в динамике частоту ИМ, половозрастные, социальные и профессиональные особенности течения болезни, оценить систему восстановительного лечения в амбулаторно-поликлинических условиях.

### Материалы и методы

Осуществлены ретроспективный клинко-статистический анализ медицинской документации (истории болезни, карточки вызовов, отчеты) больных с ИМ за 2000–2012 гг. и наблюдение случайной выборки: 175 ПП – мужчин (М, n=109) и женщин (Ж, n=66) на амбулаторно-поликлиническом этапе в течение 2 лет с оценкой терапевтического результата и формирования программы медико-психологического мониторинга. По уровню образования высшее имели 19,6% Ж и 23,7% М; среднее – 29,7 и 38,5% соответственно; начальное – 12,5 и 19,4%; не имели образования – 7,3% Ж и 1,8% М. До болезни работали 64,9% М и 59,6% Ж.

### Результаты и обсуждение

Всего зарегистрировано 6793 случая ИМ в возрасте 27–87 лет, в том числе 76,25% – у М и 23,75% – у Ж. Половозрастные характеристики ИМ представлены в табл. 1.

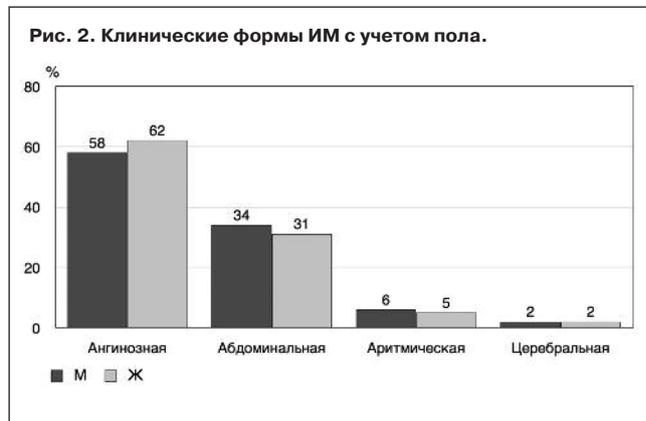
Как следует из табл. 1, в 20–29 лет ИМ выявлен только среди М (0,2%), в 30–39 и 40–49 лет – у Ж (0,08 и 1,3% соответственно). С 30–39 лет среди М и с

Таблица 1. Половозрастные особенности ИМ в регионе (%)

Возраст, лет	М		Ж	
	первичный ИМ	повторный ИМ	первичный ИМ	повторный ИМ
20–29	0,2		–	
30–39	0,3		0,08	
	4,8	0,3		
40–49	22,3	4,3	1,3	
50–59	25,8		20,9	
	27,6	25,8		
60–69	15,6	40,2	34,5	25,8
70–79	21,0	25,7	37,7	24,1
80 и более	8,3	3,6	5,9	36,9

Таблица 2. Время доставки в стационар

Время	М, %	Ж, %
Первые 6 ч	42,6	33,9
6–12 ч	16,8	13,6
12–24 ч	7,9	7,4
Более 24 ч	43,1	36,2



50–59 лет среди Ж регистрировались не только первичные, но и повторные ИМ. Частота ИМ в течение 13 лет имела в целом тенденцию к росту: от 24,8 до 30,0% – только у Ж в 2000–2001 гг.; от 26,3 до 33,1% – только у М в 2001–2002 гг. С 2003 г. отмечено снижение заболеваемости ИМ как среди Ж (19,6%), так и М (20,6%) с постепенным увеличением в течение 5 последующих лет: до 28,9% у Ж и 31,5% у М в 2007 г. В 2008 г. заболеваемость ИМ несколько снизилась: до 27,6% у Ж и до 30,3% у М. В 2009 г. отмечено небольшое увеличение частоты ИМ как у Ж (29,6%), так и М (34,4%), которое сохранилось в 2010 г. – 29,5% у Ж и 33,6% у М; в 2011 г. – 30,1 и 35,6% соответственно; в 2012 г. – 33,4 и 36,7% соответственно (рис. 1).

Частота ИМ среди Ж чаще ассоциировалась с низким уровнем образования ( $p < 0,05$ ); среди М достоверной зависимости ИМ и образования не установлено. Для уточнения возможной роли производственных факторов в развитии болезни проведенный анализ случайной (20%) выборки Ж и М с ИМ позволил определить преобладание ИМ (43,8%) у лиц напряженного эмоционального труда (водители транспорта, диспетчеры, контролеры, медицинские работники – врачи, сотрудники отдела внутренних дел), несколько реже (32,1%) – у педагогов (учителя, преподаватели вузов), экономистов, торговых работников; еще реже (24,1%) – у лиц физического труда (животноводы, штукатуры, маляры и дворники). О роли характера работы и профессионального

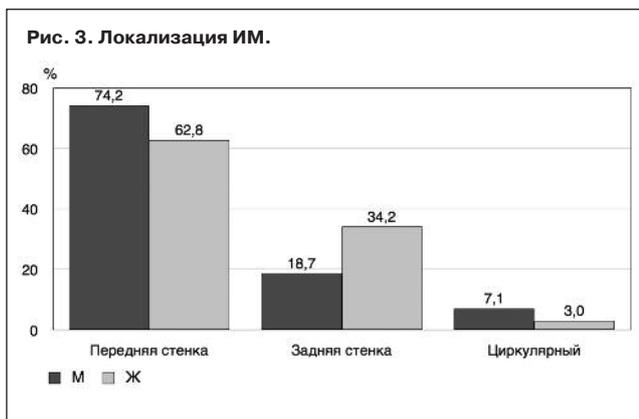
стресса в развитии ИМ и стенокардии напряжения свидетельствуют результаты выполненных ранее исследований [20–23].

По форме наиболее распространенной оказалась классическая (ангинозная), которая зарегистрирована у 62% Ж и 58% М; достоверно реже абдоминальная – у 31 и 34% соответственно; аритмическая – у 5 и 6% соответственно; церебральная – 2% у М и Ж (рис. 2). В целом частота крупноочагового ИМ (39,7 и 35,9%) и мелкоочагового (57,6 и 58,1%) достоверно не различалась у М и Ж.

По локализации ИМ передней стенки диагностирован традиционно в подавляющем числе случаев – у 62,8% Ж и 74,2% М; задней локализации – у 34,2% Ж и 18,7% М; циркулярный ИМ установлен в 3,0 и 7,1% соответственно (рис. 3).

Особый интерес представляют сроки поступления больных в специализированное учреждение (табл. 2).

Важное значение раннего начала квалифицированной помощи больным с ИМ не вызывает сомнения; благоприятным «окном» (до 6 ч от начала приступа загрудинных болей) начала лечения среди лиц моложе 65 лет удалось воспользоваться 61,8% М и 69,6% Ж. При этом в пожилом возрасте (старше 65 лет) своевременное начало лечения осуществлено лишь 18,9% М и 20,6% Ж. Это означает, что к более 75% больных с ИМ неотложная помощь «запоздывает» – через 12–24 ч и более (?), что повышает риск развития серьезных осложнений, включая леталь-



ный исход. Данное обстоятельство и объясняет особенности и разнообразие клинических проявлений ИМ в пожилом возрасте [24, 25]. Как показал анализ, традиционные факторы риска в структуре предикторов ИМ достоверно преобладали: артериальная гипертензия – АГ (83,6%), курение (85,7%), избыточная масса тела (59,4%), сахарный диабет (СД) типа 2 (52,9%) и дислипидемия (49,6%) среди М ( $p < 0,01$ ) и реже ( $p = 0,05$ ) у Ж (70,2; 23,6; 63,8; 54,6; 51,7% соответственно). Сочетание факторов риска ИМ также преобладало у М (более 75%); низкая приверженность лечению была характерна для большинства пациентов обоего пола. Вместе с этим 19,8% лиц старше 65 лет поступили в стационар с ангинозными болями, которые были неинтенсивными, сжимающими, а их «посредниками» были дискомфорт и/или тяжесть за грудиной, реже колющие/ноющие боли. У 1/4 пожилых независимо от пола ИМ развивался без предшествующих характерных симптомов; иногда регистрировались волнообразные болевые ощущения, проявления осложнений (приступы сердечной астмы, симптомы отека легких, проявления гипотонии, нарушения ритма сердца), а также боли в области живота (абдоминальный вариант). И, наконец, в 12,7% случаях у М и 9,4% случаях у Ж диагноз ИМ установлен электрокардиографическим методом. Представленная информация, демонстрирующая атипичное начало болезни, по-видимому, оказалась одной из причин позднего обращения лиц пожилого возраста. При этом несвоевременная госпитализация, как правило, сопровождается прогрессирующим течением ИМ, развитием осложнений и ростом показателей внутрибольничной летальности. В частности, показано: среднее время поступления в стационар пациентов старше 65 лет достоверно больше, чем у лиц до 65 лет; частота атипичных форм ИМ и признаки сердечной недостаточности регистрировались несколько чаще. В целом пожилые больные имеют больший риск госпитальной смертности, которая, возможно, обусловлена поздним поступлением в стационар и частотой развития сердечной недостаточности [25].

Анализ материалов скорой помощи (20,0% выборка) обнаружил недостатки: 1) трехступенчатая схема обезбоживания: при неэффективности сублингвального приема нитроглицерина для купирования стенокардического приступа используется ненаркотический анальгетик (метамизол натрия – анальгин) с димедролом (дифенгидрамин) в большинстве случаев (63,5%); 2) применение миотропных спазмолитических средств, – как исключение используется рекомендованный ранее папаверин, замененный дротаверином (но-шпой), – не улучшающих перфузию по-

раженной зоны миокарда, однако повышающих потребность последнего в кислороде (19,5%); 3) нежелательно применение атропина с целью предупреждения вагомиметических эффектов морфина (тошнота, рвота, влияние на ритм сердца и уровни артериального давления), так как он может способствовать тахикардии. Превентивное назначение лидокаина всем больным с острым ИМ без учета реальной ситуации для профилактики развития фибрилляции желудочков может существенно увеличить летальность вследствие асистолии [26]. Достаточно часто для достижения цели обезболивания врачи скорой медицинской помощи неоправданно используют комбинированный препарат метамизола натрия с фенпиверина бромидом и питофенона гидрохлоридом (баралгин, спазмалгин, спазган и т.д.) или трамадола (трамал), фактически не влияющего на работу сердца, следовательно, не показанного в таких случаях. Представляет опасность использование при ИМ в качестве антиагрегантного и коронаролитического средства дипиридамола (курантила), достоверно повышающего потребность миокарда в кислороде. И, наконец, ошибочным считается достаточно распространенное назначение калия и магния аспартата (панангин, аспаркам), не влияющих ни на внешнюю работу сердца, ни на потребление миокардом кислорода, ни на коронарный кровоток [26]. Заслуживает внимания строгая тенденция к сокращению неоправданных действий медицинских работников при оказании неотложной помощи и оптимизации последней за последние 4 года (2010–2013 гг.).

В целом на госпитальном этапе осложнения зарегистрированы в 18,7% наблюдений, что соответствует данным литературы [3, 11, 25, 27, 28]: кардиогенный шок (6,5%), нарушения ритма сердца (желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков и предсердий – 5,2%) и проводимости (атриовентрикулярная блокада 2 и 3-й степени – 4,8%), отек легких (1,1%). Наряду с этим психоэмоциональные расстройства психотического и непсихотического характера установлены в 11,7% наблюдений, чаще среди Ж и значительно чаще ( $p < 0,01$ ) у лиц старше 65 лет. Указанные проявления определяют как ОП [29], которые встречаются в широком диапазоне (от 30 до 80%) в ряду иных осложнений ИМ [20–23, 30]. Установлено, что с 2003 г. частота ОП при ИМ имеет тенденцию к росту – от 3,9–4,3 до 10,4–12,8%. По данным американских исследований, ОП (делирий) регистрируется у 15–20% больных отделений кардиореанимации [31, 32], что не противоречит представленным нами данным. Вместе с тем в тщательно спланированном проекте М.Л.Гринберга, Я.Л.Габинского (2006 г.), хотя и обнаружен рост частоты ОП с 1,57 до 5,65% у пациентов с ИМ в крупном специализированном клиническом центре за последние 10 лет [29], но их распространенность оказалась ниже. Необходимо подчеркнуть, что ОП зависели ( $p < 0,01$ ) как от возраста (средний  $73,8 \pm 2,1$  года), пола (Ж) и тяжести ИМ, так и распространенности поражения миокарда (у 16,8% больных с Q-ИМ и 2,7% больных не Q-ИМ), что необходимо учитывать при формировании индивидуальной рациональной терапии. Представленные результаты о частоте ОП при ИМ являются основанием для оптимизации методов ранней диагностики и своевременного лечения нервно-психических расстройств и ТДР для предупреждения прогрессирующего течения и развития жизнеугрожающих осложнений ИМ. По нашим данным (10–15% выборка), симптомы ТДР регистрировались доста-

точно часто: 34,5 и 41,9% среди М и Ж соответственно, что подчеркивает необходимость их своевременного выявления и лечения. По мнению ряда авторов [7, 9, 33–35], ТДР считаются предиктором неблагоприятного течения ИМ и высокого риска развития кардиоваскулярных осложнений.

В настоящее время в структуре последних особое место занимает ранняя постинфарктная стенокардия (РПС), оказывающая негативное влияние на успешность процесса реабилитации [25] и потому требующая адекватной коррекции лечения. Выполненный нами сравнительный анализ выборки пациентов с ИМ обнаружил признаки РПС в 22,4% случаев, частота которой зависела от возраста (29,7% у лиц старше 65 лет и 15,1% у лиц моложе 65 лет;  $p < 0,01$ ) и была обусловлена особенностями клиники ИМ и наличием выраженных нервно-психических симптомов. При этом у первых наблюдались 9 случаев повторного ИМ, а среди пациентов до 65 лет возможной причиной РПС следует считать значительные ТДР. Роль последних в развитии и формировании клинической картины ИМ показана в ряде работ [6, 9, 34, 35].

Представленные сведения имеют практическое значение и требуют обязательного учета при организации комплекса мероприятий как на госпитальном (включая высокотехнологичные кардиохирургические вмешательства), так и на амбулаторном этапе восстановительного лечения и реабилитации больных с ИМ, о чем свидетельствуют результаты реализованного проекта [8, 12].

Динамическое наблюдение непреднамеренной выборки 175 ПП (109 М и 66 Ж) на амбулаторно-поликлиническом этапе в течение 18–24 мес обнаружило стабилизацию психосоматического статуса, исчезновение (20,5%) или уменьшение (57,3%) приступов сосудисто-нервной компрессии, сглаживание и/или исчезновение ТДР (63,5%), а также ухудшение состояния (учащение приступов), появление нарушений ритма сердца, гипертонических кризов и клинико-инструментальных признаков хронической сердечной недостаточности у 59 (33,7%) человек, включая 39 (37,1%) М и 20 (30,3%) Ж, что несколько выше данных литературы [3, 28]. Осуществленный ретроспективный анализ медицинской документации (выписки из лечебно-профилактических учреждений, амбулаторные карты) 87 ПП (54 М и 33 Ж), а также комплексное их обследование выявили неконтролируемую АГ у 19 (21,8%) М и 17 (19,5%) Ж, аритмии сердца у 14 (16,1%) и 9 (10,3%) соответственно, психосоциальное перенапряжение, ТДР, отсутствие мотивации (приверженности) выполнять рекомендации – у 21 (24,1%) и 7 (8,0%) соответственно. Эти сведения согласуются с данными ряда проектов [12, 27, 28]. Привлекают внимание результаты суточного мониторинга артериального давления и электрокардиограммы случайной выборки 19 М и 16 Ж. У ПП с АГ 1 и 2-й степени определены отклонения показателей суточного профиля артериального давления (66,6%) и кардиогемодинамики – эпизоды ишемии миокарда (60,0%) и нарушений ритма сердца (54,3%), в том числе и безболевого («немые») их формы (42,8 и 36,8% соответственно), что может сопровождаться неблагоприятным течением болезни и развитием жизнеугрожающих осложнений вплоть до внезапной сердечной смерти. Представленные данные следует расценить как предикторы неблагоприятного течения постинфарктного кардиосклероза, включая развитие повторных коронарных событий и внезапной сердечной смерти, требующие своевременной

диагностики и рационального лечения. Благодаря комплексной медико-психологической работе (участковый врач, кардиолог и психолог, консультации профессора – руководителя проекта) со всеми 87 больными, перенесшими ИМ, достигнуты положительные изменения в мотивации пациентов – к осознанному выполнению рекомендаций и активному участию в реализации индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий. К окончанию периода наблюдения (мониторинга) на основании динамики клинико-инструментальных параметров постинфарктных лиц значительное улучшение определено у 21,7%, улучшение – у 47,5%, незначительное улучшение – у 15,3%, без динамики – у 4,8% и ухудшение – у 9,7% больных. Отсутствие изменений психосоматических параметров и ухудшение состояния, как показал специальный ретроспективный анализ, объяснялись прежде всего низкой мотивацией на лечение, неуверенностью в себе и достижении цели несмотря на систематическую медико-психологическую работу (36,5%), а также наличием АГ и ТДР (27,5%), АГ и СД типа 2 (27,5%), АГ, СД типа 2 и ТДР (8,5%).

На основании представленных материалов разработан рациональный медико-психологический мониторинг (индивидуальный и общий) постинфарктных больных, рекомендованный врачам амбулаторно-поликлинической сети, включая кардиологов.

## Заключение

Полученные результаты явились основанием для формирования базы данных «Психосоматический статус постинфарктных больных» и разработки практических рекомендаций по своевременной диагностике ИМ и оказанию неотложной помощи, организации рационального медико-психологического мониторинга постинфарктных больных с целью обеспечения результативного контроля их психосоматического статуса, стабилизации состояния и профилактики осложнений, включая улучшение качества жизни.

## Литература

1. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. *Смертность от сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения России. Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2002; 3: 4–8.
2. Ощепкова Е.В. *Смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации и пути по ее снижению*. Кардиология. 2009; 2: 267–72.
3. Савилова В.В., Кондратьев А.И., Долгих В.Т., Торопов А.В. *Критические состояния при инфаркте миокарда*. Казан. мед. журн. 2007; 5: 177–9.
4. Харченко В.И., Какорина Е.П., Корякин М.В. и др. *Смертность от болезней системы кровообращения в России и в экономически развитых странах. Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, МЗ и СР России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме*. Рос. кардиол. журн. 2005; 2: 21–6.
5. Van de Verff F, Bax J, Betriu A et al. *ESC Committie for Practice Guidelines (CPG). Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-Segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology*. Eur Heart J 2008; 29: 2909–45.
6. Гоштаутас А., Шинкарева Л. *Связь между инфарктом миокарда и смертности от этого заболевания и депрессией. Теория и практика медицины*. 2002; 3: 182–7.
7. Лебедева Н.Б., Лебедев О.В., Шаф Е.В. и др. *Особенности психосоциального статуса больных инфарктом миокарда и их*

- влияние на течение заболевания в зависимости от пола. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007; 6 (1): 28–33.
8. Барабаи Л.С., Коваленко О.В., Херасков В.Ю. и др. Новые организационные подходы оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 10 (5): 43–7.
9. Васюк Ю.А., Лебедев А.В., Довженко Т.В., Семиглазова М.В. Аффективные расстройства при остром инфаркте миокарда и возможности их коррекции тианептином. Терапевт. архив 2010; 10: 28–33.
10. Барабаи О.Л., Лебедева Н.Б., Каретникова В.Н. и др. Проводительные факторы и депрессия при инфаркте миокарда. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 10 (2): 53–60.
11. Панкин О.А. Догоспитальные факторы больничной летальности при инфаркте миокарда. Клин. медицина. 2004; 4: 40–5.
12. Никишин А.Г., Пирназаров М.М., Мамарасулов Т.М. Эффективность терапии ранней постинфарктной стенокардии высокими дозами симвастатина. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 10 (5): 26–9.
13. Шукуров Р.Т., Курбанов Р.Д. Антиишемическая и антиангинальная эффективность длительного применения биспролола у больных, перенесших инфаркт миокарда. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 2 (10): 60–8.
14. American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics. 2004 Update. Dallas, TX: American Heart Association; 2003. URL: <http://www.americanheart.org/presenter/jhtml.accessed November 15, 2003>.
15. Ertl G, Bauer W. Advances in managing heart failure failure and sudden cardiac death: reverse remodeling by drugs? Eur Heart J 2003; 1: 45–53.
16. Оганов Р.Г., Фомина И.Г. Кардиология. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2004; с. 397–480.
17. Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Иванова Г.Е. Организационные основы кардиологической реабилитации в России: современный этап. CardioСоматика, Диагностика, лечение, реабилитация и профилактика. 2012; 4: 5–11.
18. Аронов Д.М., Соколова О.Ю., Гутковская Л.А. Воплощение идеи вторичной профилактики коронарной болезни сердца в реальной практике. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2007; 1 (6): 103–18.
19. Ким Л.Б., Путьатина А.Н. Динамика биохимических маркеров репаративного фиброза при осложненном течении инфаркта миокарда. Кардиология. 2010; 12: 10–4.
20. Блужас И.Н., Малинаускене В.А., Азаравичене А.П. и др. Влияние некоторых факторов риска на возникновение инфаркта миокарда у водителей-профессионалов Каунаса. Кардиология. 2003; 12: 26–9.
21. Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений). Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1997; 2: 4–9.
22. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Сулимов В.А. и др. Психогенно провозицированные ангиозные состояния (к проблеме психосоматических реакций у больных ишемической болезнью сердца). Кардиология. 2004; 8: 20–6.
23. Фолков Б.А. Эмоциональный стресс и его значение для сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиология. 2007; 10: 4–11.
24. Аникин В., Жуков Н., Николаева Т. Инфаркт миокарда у мужчин старше 70 лет. Врач. 2011; 8: 67–9.
25. Никишин А.Г., Курбанов Р.Д., Пирназаров М.М. Время госпитализации и исходы острого инфаркта миокарда у пожилых больных Центрально-Азиатского региона. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012; 11 (2): 53–7.
26. Верткин А.Л. Острый коронарный синдром: современное ведение пациента на догоспитальном и стационарном этапах. Врач скорой помощи. 2013; 2: 4–24.
27. Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П. и др. Исследование ЛИС (Люберецкое исследование смертности, перенесших острый инфаркт миокарда): портрет заболевшего. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 10 (6): 89–93.
28. Марцевич С.Ю., Гинзбург М.Л., Кутишенко Н.П. и др. Люберецкое исследование смертности (исследование ЛИС): факторы, влияющие на отдаленный прогноз жизни после перенесенного инфаркта миокарда. Профилактическая медицина. 2013; 2 (16): 32–8.
29. Гринберг М.Л., Габинский Я.Л. Острые психозы в реанимационном периоде лечения инфаркта миокарда. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006; 5 (7): 50–5.
30. Цивилько М.А., Коркина М.В., Моисеев В.С. и др. Условия формирования психических нарушений при инфаркте миокарда. Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1991; 5: 52–5.
31. Justic M. Does «ICU psychosis» really exist? Crit Care Nurse 2000; 20: 28–37.
32. Ely EW, Sbrintani A, Bernard G et al. Delirium in the ICU is associated with prolonged length of stay in the hospital and higher mortality [abstract]. Am J Respir Crit Care Med 2002; 165: A23.
33. Antman EM, Anand DT, Armstrong PW et al. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. Circulation 2004; 110: 282–92.
34. Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Депрессия, тревога и инфаркт миокарда: все только начинается. Ч. I. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2007; 3: 41–51.
35. Стаценко М.Е., Спорова М.Е., Шишлина Н.Н. и др. Терапевтические возможности адаптола в раннем постинфарктном периоде с тревожными расстройствами. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2011; 4: 41–7.

\* —————