

УДК [612.67+159.922.6+613.98]-614.8.027.1+616.132.2-002+616-053.9-009.17  
DOI: 10.56871/MTP.2025.38.95.007

## ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ТИП А КАК ФАКТОР РИСКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

© Анна Владимировна Меркулова<sup>1</sup>, Виктор Николаевич Федорец<sup>1</sup>,  
Владимир Станиславович Василенко<sup>1</sup>, Регина Фаридовна Мамиева<sup>1</sup>,  
Ирина Александровна Сукманова<sup>2,3</sup>, Наталья Валентиновна Советкина<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

<sup>2</sup> Алтайский краевой кардиологический диспансер. 656055, г. Барнаул, ул. Малахова, д. 46, Российская Федерация

<sup>3</sup> Алтайский государственный медицинский университет. 656038, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 40, Российская Федерация

<sup>4</sup> Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. 195067, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47

**Контактная информация:** Анна Владимировна Меркулова — ассистент кафедры госпитальной терапии с курсом эндокринологии. E-mail: dr\_anmerkulova@mail.ru ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3732-6890> SPIN: 5005-2891

**Для цитирования:** Меркулова А.В., Федорец В.Н., Василенко В.С., Мамиева Р.Ф., Сукманова И.А., Советкина Н.В. Поведенческий тип А как фактор риска острого коронарного синдрома у пожилых людей. Медицина: теория и практика. 2025;10(1):68–76. DOI: <https://doi.org/10.56871/MTP.2025.38.95.007>

Поступила: 14.10.2024

Одобрена: 09.12.2024

Принята к печати: 14.02.2025

**РЕЗЮМЕ.** В статье, представляющей собой обзор современных литературных данных и результатов клинических исследований, рассмотрены актуальные подходы к изучению факторов риска острого коронарного синдрома (ОКС) у пациентов пожилого возраста. Высокая распространенность ОКС среди пациентов пожилого возраста, приводящая к летальному исходу и инвалидизации пациентов, требует дополнительного изучения факторов риска данного состояния и поиска возможных превентивных мер по профилактике развития ОКС и его осложненных форм. В статье подробно рассмотрены различные поведенческие психотипы и их влияние на течение ишемической болезни сердца (ИБС). Особый интерес представляет влияние поведенческого типа А на течение ОКС у лиц пожилого возраста. Важным и практически значимым представляется изучение особенностей течения ОКС, развитие его осложненных форм на фоне вероятной астенизации у лиц старших возрастных групп с различными психотипами. Эта область является малоизученной, что представляет интерес для дополнения алгоритмов ведения пациентов в гериатрической кардиологии.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** пожилой возраст, острый коронарный синдром, поведенческие типы, поведенческий тип А, старческая астения, психодиагностические методики

## BEHAVIORAL TYPE A AS A RISK FACTOR FOR ACUTE CORONARY SYNDROME IN OLDER PEOPLE

© Anna V. Merkulova<sup>1</sup>, Viktor N. Fedorets<sup>1</sup>, Vladimir S. Vasilenko<sup>1</sup>,  
Regina F. Mamieva<sup>1</sup>, Irina A. Sukmanova<sup>2,3</sup>, Natalia V. Sovetkina<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Saint Petersburg State Pediatric Medical University. 2 Lithuania, Saint Petersburg 194100 Russian Federation

<sup>2</sup> Altai Regional Cardiological Dispensary. 46 Malakhova str., Barnaul 656055 Russian Federation

<sup>3</sup> Altai State Medical University. 40 Lenin ave., Barnaul 656038 Russian Federation

<sup>4</sup> North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. 47 Piskarevsky ave., Saint Petersburg 195067 Russian Federation

**Contact information:** Anna V. Merkulova — Assistant of the Department of Hospital Therapy with a course in endocrinology. E-mail: dr\_anmerkulova@mail.ru ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3732-6890> SPIN: 5005-2891

**For citation:** Merkulova AV, Fedorets VN, Vasilenko VS, Mamieva RF, Sukmanova IA, Sovetkina NV. Behavioral type A as a risk factor for acute coronary syndrome in older people. *Medicine: Theory and Practice*. 2025;10(1):68–76. (In Russian). DOI: <https://doi.org/10.56871/MTP.2025.38.95.007>

**Received:** 14.10.2024

**Revised:** 09.12.2024

**Accepted:** 14.02.2025

**ABSTRACT.** The article, which is a review of modern literature data and clinical trial results, considers current approaches to the study of acute coronary syndrome (ACS) risk factors in elderly patients. High prevalence of ACS among elderly patients, leading to death and disability of patients, requires additional study of risk factors for this condition and search for possible preventive measures to prevent the development of ACS and its complicated forms. The article discusses in detail various behavioral psychotypes and their impact on the course of ischemic heart disease (IHD). Of particular interest is the impact of behavioral type A on the course of ACS in the elderly. It is important and practically significant to study the features of the course of ACS, the development of its complicated forms against the background of probable asthenia in older people with different psychotypes. This area is poorly studied, which is of interest for supplementing the algorithms for patient management in geriatric cardiology.

**KEYWORDS:** old age, acute coronary syndrome, behavioral types, behavioral type A, senile asthenia, psychodiagnostic methods

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной инвалидизации и смертности населения в Российской Федерации. Государственная программа борьбы с ССЗ, развитие медицины и информирование граждан позволили снизить смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) до 46% к 2019 г. по сравнению с 2006 г., когда смертность составляла 55%. Несмотря на проведенные мероприятия, заболеваемость ИБС, в том числе инфарктом миокарда (ИМ), остается достаточно высокой. Так, в 2019 г. заболеваемость болезнями системы кровообращения в России составила 25 870,8 на 100 тыс. населения, из них с ИБС — 5482,6 на 100 тыс. пациентов, из них больных, страдающих ИБС и перенесенным ИМ, — 2433,0; в 2020 г. всего зарегистрировано 24 184,6 случаев заболеваемости болезнями системы кровообращения на 100 тыс. человек, из них ИБС — 5113,3, а случаев с перенесенным острым инфарктом миокарда — 2250,9 (данные Росстата 2021 г.). По данным различных регистров Российской Федерации, среди всех больных с ИБС ежегодная общая смертность составляет 1,2–2,4%, от фатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО) ежегодно погибают 0,6–1,4% больных, нефатальные ИМ случаются с частотой 0,6–2,7% в год [7, 8, 15, 20, 29]. Также в 57 странах Европы в 2019 г. было зарегистрировано 5,8 млн новых случаев ИБС, средняя стандартизированная по возрасту оценка заболеваемости на 100 тыс. человек составила 293,3 [41]. Сердечно-сосудистые заболевания остаются наиболее распространенной причиной смерти в европейских странах, на их долю приходится

чуть менее 2,2 млн смертей среди женщин и чуть более 1,9 млн смертей среди мужчин за последний год. ИБС является наиболее частой причиной смерти от ССЗ, на ее долю приходится 38% всех смертей у женщин и 44% у мужчин [41].

Ишемическая болезнь сердца не является линейно прогрессирующим, предсказуемым процессом. Для ИБС характерна смена фаз стабильного течения и обострения болезни. Клиническое обострение ИБС принято называть острым коронарным синдромом (ОКС). Острый коронарный синдром — временный «рабочий» диагноз, который необходим для первичной оценки, стратификации риска, выбора тактики лечения у больных с обострением ИБС. Почти у половины больных с ИБС инфаркт миокарда является первым проявлением (манифестацией) заболевания [3, 7, 8, 10, 15].

После непродолжительного периода наблюдения и диагностики, обычно не превышающего суток, становится ясно, о каком именно варианте обострения ИБС идет речь: нестабильной стенокардии, ИМ без подъема сегмента *ST* на электрокардиограмме (ЭКГ), ИМ с подъемом сегмента *ST* на ЭКГ, либо коронарную природу болевого синдрома исключают. Термин возник в связи с необходимостью оперативно, без промедления, выбирать лечебную тактику до установления окончательного диагноза. Кроме того, все состояния, относимые к ОКС, объединены общими патогенетическими механизмами. С точки зрения особенностей развития процесса, возможности быстрой диагностики, выработки тактики лечения, оказалось удобным разделить ОКС на две группы в зависимости от

изменений на исходной ЭКГ: ОКС с подъемом сегмента *ST* ЭКГ (ОКСпST) и ОКС без подъема сегмента *ST* ЭКГ (ОКСбпST). При ОКСпST в большинстве случаев в дальнейшем развивается крупноочаговый инфаркт миокарда с формированием патологического зубца *Q* или без него. У больных с ОКСбпST обычно диагностируют нестабильную стенокардию или мелкоочаговый ИМ [16, 39, 40].

Пациенты могут быть также дополнительно классифицированы на основе наличия или отсутствия повышения уровня сердечного тропонина (сTn) (как только будут доступны эти результаты). Эти признаки (изменения ЭКГ и повышение уровня сердечного тропонина) важны при первичной сортировке и диагностике пациентов с ОКС, поскольку они помогают стратифицировать пациентов по риску и определять первоначальную стратегию ведения. Однако после фазы ведения в остром периоде и стабилизации большинство аспектов последующей стратегии ведения являются общими для всех пациентов с ОКС (независимо от исходной картины ЭКГ или наличия/отсутствия повышения уровня сердечного тропонина и, следовательно, могут рассматриваться в рамках общего пути [41]. Диагноз ИМ связан с высвобождением сTn и ставится на основании четвертого универсального определения (острое повреждение миокарда, определяемое динамикой сердечных биомаркеров, при наличии доказательств острой ишемии миокарда). Нестабильная стенокардия определяется как ишемия миокарда в покое или при минимальной нагрузке при отсутствии острого повреждения/некроза кардиомиоцитов. Она характеризуется специфическими клиническими проявлениями длительной (>20 мин) стенокардии в покое; новым началом тяжелой стенокардии; стенокардией, частота и продолжительность которой увеличивается; или стенокардией, возникающей после недавнего эпизода ИМ. ОКС ассоциируются с широким спектром клинических проявлений, от пациентов, у которых при поступлении отсутствуют симптомы, до пациентов с постоянным дискомфортом/симптомами в груди и пациентов с остановкой сердца, электрической/гемодинамической нестабильностью или кардиогенным шоком [41].

Основным патогенетическим механизмом ОКС является острая ишемия миокарда, которая в большинстве случаев развивается в результате разрыва нестабильной атеросклеротической бляшки с последующим ее тромбозом. ОКС имеет различные клинические проявления в зависимости от выраженности степени

обструкции просвета артерии, локализации поражения в коронарном русле, дистальной эмболизации и наличия коллатерального кровотока. Внутрисосудистый рост тромба может быть окклюзирующим и неокклюзирующим. Неокклюзирующий или временно окклюзирующий тромбоз поврежденной атеросклеротической бляшки является наиболее частой причиной ОКСбпST [2, 14]. Окклюзирующий вариант роста тромба приводит к развитию ОКСпST. Возможны и другие механизмы: кровоизлияние в атеросклеротическую бляшку, отслойка интимы, быстрый рост атеросклеротической бляшки, спазм и т.д. Самые частые причины тромбоза — разрыв и эрозия бляшки [16].

Учитывая вышесказанное, в настоящее время крайне актуальным является изучение факторов риска развития ИБС, и в частности ОКС. Факторы риска ИБС принято классифицировать на модифицируемые и немодифицируемые. К немодифицируемым факторам риска ИБС относятся: мужской пол, возраст, отягощенный семейный анамнез по ССЗ (подтвержденный диагноз ИМ или ишемического инсульта у родственников первой линии, у женщин — до 65 лет, у мужчин — до 55 лет). Главные модифицируемые факторы риска ИБС: дислипотеинемия, артериальная гипертензия, сахарный диабет, курение, низкая физическая активность, ожирение, стресс, тревога. Социальными факторами риска считаются предрасполагающие к массовому распространению ИБС в развивающихся странах: урбанизация, индустриализация, несбалансированное питание, низкий уровень развития экономики страны [15].

Возраст — один из важных немодифицируемых факторов. В настоящее время в мире наблюдается тенденция к значительному увеличению продолжительности жизни, более того, имеется тренд на «успешную» старость, предполагающий активное долголетие. Пожилые люди составляют все большую долю пациентов с ОКС. Одним из основных предикторов неблагоприятных исходов после ОКС является возраст, но пациенты пожилого и старческого возраста часто исключаются из клинических исследований или недостаточно представлены в них [41, 43, 46]. Пожилой и старческий возраст связан со слабостью, мультиморбидностью и повышенным риском как ишемических событий, так и кровотечений у пациентов с ОКС [36, 41].

В отсутствие надежных данных клинических исследований решения о том, как вести пожилых пациентов и старших возрастных

групп, должны приниматься индивидуально на основе характеристик каждого конкретного пациента (т.е. риска ишемии и кровотечения, предполагаемой продолжительности жизни, сопутствующих заболеваний, необходимости несердечной хирургии, качества жизни, слабости, когнитивных и функциональных нарушений, ценностей и предпочтений пациента, а также предполагаемых рисков и преимуществ инвазивной стратегии). В контексте ИМпСТ первичное чрескожное вмешательство (ЧКВ) значительно улучшило результаты для всех возрастов. Однако данные по «очень старой» когорте пациентов ограничены из-за отсутствия формальной оценки слабости или сопутствующих заболеваний [27, 41]. В условиях меняющейся демографической ситуации гериатрическая кардиология недавно превратилась в дисциплину, целью которой является адаптация принципов гериатрической медицины к повседневной кардиологической практике. Соответственно, задачи «гериатрического кардиолога» могут включать как традиционное, основанное на фактических данных, ведение ССЗ, так и всестороннюю гериатрическую оценку, сокращение приема лекарств, командную координацию ухода и четкое включение целей пациента в ведение. Учитывая, что эта область все еще находится в относительно зачаточном состоянии, пути обучения и структура клинических программ в области гериатрической кардиологии все еще уточняются [22].

Психологические факторы, такие как депрессия, тревога, стресс, являются важными модифицируемыми факторами риска развития и прогрессирования ИБС [14]. Значимую роль имеют поведенческие реакции пациента, которые определяются образом жизни, генетикой, внешней средой.

Общепризнанно, что стресс определяет течение ИБС, ее осложнения и исходы. Большое влияние на течение заболевания оказывают адаптивные реакции и их связь с личностными и поведенческими особенностями индивида, определяющими его стрессоустойчивость [14]. Большой интерес в этой связи представляет изучение типов поведения пациентов.

В 1974 г. увидела свет книга Мейера Фридмана [33] и Рэя Розенмана [42] «Поведение А-типа и ваше сердце» — первое и наиболее значительное исследование взаимосвязи поведения и заболеваний сердечно-сосудистой системы. Было выделено два полярных типа поведения и, соответственно, группы людей, у которых преобладает один из двух вариантов поведения: тип А (ПТА) или тип Б (ПТБ). Позже

исследователи выделили тип АБ (ПТАБ) [11]. Личности ПТА ведут стремительный образ жизни; они быстро говорят, быстро ходят, быстро едят — и все это в попытке достичь как можно большего за как можно меньшее время. Для сравнения: личности ПТБ расслабленные и покладистые, меньше озабочены необходимостью добиться успеха (но не ленивы) и, как правило, ведут менее беспокойную жизнь. Это люди рассудительные, дружелюбные, со спокойным характером, свободным отношением к миру и окружающим людям, с удовлетворенностью существующим положением и отсутствием напряжения. Они чередуют работу и отдых, им несвойственно состояние эмоциональной напряженности, однако они не являются пассивными в отношении к своим обязанностям. Лица ПТБ ощущают себя несколько старшими и не имеют повышенных притязаний. Это приводит к тому, что им труднее добиться выдающихся успехов в молодости. Эти люди значительно адекватнее оценивают свои способности и ориентируются на ситуацию [6, 11, 21].

Широкое распространение получила поведенческая концепция, в которой в качестве фактора риска рассматривается ПТА [1, 12, 13, 19, 31, 32, 35]. Люди с ПТА, как правило, очень целеустремленные, сосредоточены на достижении целей и постоянно испытывают чувство срочности. Основными чертами характера являются потребность в конкуренции, нетерпение, агрессивность. Агрессивность проистекает из выраженной потребности контроля каждой ситуации. По иронии судьбы, своими чрезмерными попытками сохранить контроль и добиться успеха личности ПТА, вероятно, создают большую часть стресса, который они испытывают.

Такие люди часто занимают позицию «победа любой ценой», тем самым повышая собственную самооценку. Одним из важных качеств личности с ПТА является враждебность, которая, как характерный паттерн поведения личностей с ПТА, сама по себе является независимым фактором риска ИБС, влияющим на течение и смертность от этого заболевания [12, 19, 23, 28, 34]. Исследователи С.Н. Ениколопов и А.В. Садовская для подтверждения враждебности у личностей с ПТА использовали структурированное интервью, Миннесотский личностный опросник, тест Розенцвейга. Было установлено, что враждебность ассоциируется с ПТА и большей выраженностью коронарной патологии [4, 19, 44]. Перфекционизм также характерен для людей с ПТА, они часто устанавливают нереально высокие стандарты

как для себя, так и для других. Несоответствие установленным стандартам порождает дополнительную раздражительность. Помимо врожденных личностных особенностей, существуют некоторые факторы окружающей среды, которые могут способствовать реализации ПТА, такие как детские впечатления, переживания, ценности культуры и общества, в котором проживает личность. S. Laurens и соавт., F.A. Treiber и соавт. считают, что ПТА формируется еще в детском возрасте, а важным фактором является стремление к социальной адаптации [19, 24, 26]. Исследования, проведенные на однояйцевых близнецах, показали, что ПТА не строго детерминировано генетически, а формируется под воздействием различных социальных факторов [19, 30, 32, 37, 38, 45]. Напряженная, быстро меняющаяся рабочая атмосфера также может потенцировать ПТА у людей, которые могут не проявлять его в других условиях.

В настоящее время имеются работы, изучавшие взаимосвязь ПТА с течением и прогрессированием ИБС. Авторы бельгийско-французского проекта по профилактике сердечной патологии подчеркивают, что ПТА является наиболее значительным предиктором возникновения различных форм ИБС [19]. Исследования, проведенные в западных странах на более чем 3000 взрослых трудоспособных мужчинах в течение 8,5 лет, подтвердили, что люди с ПТА в два раза чаще имели проявления ИБС, инфаркт миокарда и внезапную смерть. Более того, ПТА было достоверно связано с выраженностью коронарного атеросклероза на аутопсии [19]. Еще одним важным открытием стало определение риска возникновения ИБС независимо от других факторов (курение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия) у людей с ПТА. Таким образом, ПТА значим не только для первичных, но и для повторных случаев коронарной болезни [9, 17, 19].

При исследовании лиц пожилого возраста с ПТА было установлено, что острый ИМ у лиц ПТА достоверно чаще возникал на фоне психоэмоциональных нагрузок [18]. Кроме того, диффузный атеросклеротический процесс преобладал у пациентов с ПТА и наблюдался в 1,9 раза чаще, чем у больных с ПТАБ, и в 2,1 раза чаще, чему лиц с ПТБ [18].

В недавних исследованиях получены также данные о достоверном снижении качества жизни у пациентов с ОКС, имеющих ПТА, по сравнению с пациентами ПТБ. Физическое и эмоциональное состояние у этих пациентов достоверно хуже. При этом у пациентов с ИМ и ПТА по-

казатели качества жизни достоверно ниже, чем у пациентов с ПТБ. Активность и настроение у пациентов с ОКС и ПТА достоверно ниже. Тревожные и депрессивные состояния достоверно чаще встречаются у пациентов с ПТА, эти пациенты имеют более выраженные ограничения социальных контактов [22, 25, 28]. Пожилой и старческий возраст самостоятельно предполагает уменьшение социальных контактов, тем самым усугубляя ситуацию у пациентов с ПТА.

Поведенческий тип А у лиц пожилого возраста — это не законченная модель личности и не личностная черта, а поведенческий модифицируемый стереотип. Выявление и видоизменение ПТА можно рассматривать как стратегию вторичной профилактики ИБС у пожилых людей [5, 18].

Суммируя вышеизложенное, интересным и практически значимым представляется изучение особенностей течения ОКС на фоне вероятной возрастной астенизации у лиц старших возрастных групп с различными поведенческими типами, в рамках формирования новых алгоритмов в гериатрической кардиологии.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

**Вклад авторов.** Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

**Источник финансирования.** Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

## ADDITIONAL INFORMATION

**Author contribution.** Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

**Competing interests.** The authors declare that they have no competing interests.

**Funding source.** This study was not supported by any external sources of funding.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баланова Ю.А., Концевая А.В., Шальнова С.А. и др. Распространенность поведенческих факторов ри-

- ска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции по результатам исследования ЭССЕ-РФ. Профилактическая медицина. 2014;17(5):42–52. EDN: TQOSLL.
2. Гостимский В.А., Василенко В.С., Курникова Е.А., Шендеров С.В., Гурина О.П. Цитокиновый статус у мужчин среднего возраста с острым коронарным синдромом после стентирования коронарных артерий. Педиатр. 2021;12(2):5–12. DOI: 10.17816/PED1225-12.
  3. Зотов Д.Д., Сизов А.В., Дзеранова Н.Я. Миокардиальная цитопротекция в лечении сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов старшей возрастной группы. Университетский терапевтический вестник. 2019;1(1):20–29.
  4. Ениколопов С.Н., Садовская А.В. Враждебность и проблема здоровья человека. Журнал неврологии и психиатрии. 2000;7:59–64.
  5. Зайцев В.П., Храмельашвили В.В. Принципы коррекции патогенных форм поведения с целью вторичной профилактики ишемической болезни сердца. Кардиология. 1989;29(3):113–116.
  6. Кардиология: национальное руководство: под ред. Е.В. Шляхто. 2-е изд., перераб. и доп. Либин А.В. Дифференциальная психология: на пересечении европейских, российских и американских традиций. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015.
  7. Карпов Ю.А., Кухарчук В.В., Лякишев А. и др. Диагностика и лечение хронической ишемической болезни сердца. Практические рекомендации. Кардиологический вестник. 2015;3:3–33.
  8. Карпов Ю.А., Сорокин Е.В. Стабильная ишемическая болезнь сердца: стратегия и тактика лечения. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицинское информационное агентство; 2012.
  9. Коржова Е.Ю. Человек болеющий: личность и социальная адаптация. СПб.: ААН; 1994.
  10. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т. и др. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Журнал сердечная недостаточность. 2017;18(1-100):3–40. DOI: 10.18087/rhfj.2017.1.2346. EDN: YHVIOF.
  11. Мартынов А.И., Акатова Е.В., Урлаева И.В., Николлин О.П., Могилевская Е.И. Поведенческий тип А и острый коронарный синдром. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2015; 4:46–48.
  12. Незнанов Н.Г., Соловьева С.Д. Психологическая коррекция агрессивных состояний у больных гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца. Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. СПб.; 1994:193–199.
  13. Положенцев С.Д., Руднев Д.А. Поведенческий фактор риска ишемической болезни сердца (тип А). Л.: Наука; 1990.
  14. Седова Е.В. Острый коронарный синдром у пациентов, страдающих старческой астенией: диагностика и лечение. Дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2017.
  15. Стабильная ишемическая болезнь сердца. Версия: Клинические рекомендации РФ 2018-2020 (Россия). По состоянию на 04.09.2020 на сайте МЗ РФ.
  16. Староверов И.И. (сопредседатель), Шахнович Р.М. (сопредседатель), Гиляров М.Ю., Комаров А.Л., Константинова Е.В., Панченко Е.П., Явелов И.С. Евразийские клинические рекомендации по диагностике и лечению острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST (ОКСпST). 2019:13–14.
  17. Урлаева И.В. Острый коронарный синдром и поведенческие типы А.Б. Прогноз и особенности течения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.; 2020.
  18. Федорец В.Н. Ишемическая болезнь сердца у больных пожилого возраста с поведенческим типом А (психосоциальные, клинко-функциональные, лечебно-профилактические аспекты). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб.; 2011.
  19. Федорец В.Н., Скоромец А.А., Федорец Д.В., Казанцева Н.С., Леденцова С.С. Поведенческий тип А — фактор риска ишемической болезни сердца. Клиническая больница. 2012;4:60–63.
  20. Щеглова Л.В., Андреев А.А., Зеленин В.В., Митичкин М.С., Соловьева Н.В., Наумов А.Б., Ермаков П.И., Кикнадзе Д.А. Особенности оказания специализированной медицинской помощи пациентам с внегоспитальной остановкой кровообращения на фоне острого коронарного синдрома. Медицина: теория и практика. 2023;8(4):38–48. DOI: 10.56871/MTP.2023.74.59.004.
  21. Языкова Т.А., Зайцев В.П. Поведение типа А: проблемы изучения и психологическая коррекция. Психологический журнал. 1990;11(5):56–60.
  22. Dodson A., Matlock D., Forman E. Geriatric Cardiology: An Emerging Discipline. Can J Cardiol. 2016;32(9):1056–1064.
  23. Allison T.Ci. Identification and treatment of psychosocial risk factors for coronary artery disease. Mayo Clin Proc. 1996;8:817–819.
  24. Treiber F.A., Mabe P.A., Riley W. et al. Assessment of children's type A behaviour: Relationship with negative behavioral characteristics and children and teacher demographic characteristics. J Person Assessment. 1989;53(4):770–782.
  25. Bass C. Type A behaviour: recent developments. J Psychosom Res. 1984;28(5):371–378.
  26. Boekeloo B.O., Mamon J.A., Evart C.K. Identifying coronary-prone behaviour in adolescent using the Bortner scale self — rating scale. J Chron Dis. 1987;40(8):785–793.
  27. Bueno H., Betriu A., Heras M., Alonso J.J., Cequier A., Garcia E.J. et al. Primary angioplasty vs. fibrinolysis in very old patients with acute myocardial infarction: TRIANA (TRatamiento del Infarto Agudo de miocardio en Ancianos) randomized trial and pooled analysis with previous studies. Eur Heart J 2011;32:51–60. DOI: 10.1093/eurheartj/ehq375.

28. Albus C., De Backer G., Bages N., Deter H-Ch., Herrmann-Lingen C., Oldenburg B., Sans S., Schneiderman N., Williams R.B., Orth-Gomer K. Psychosocial factors in coronary heart disease — scientific evidence and recommendations for clinical practice. *Gesundheitswesen*. 2005;67(1):1–8. DOI: 10.1055/s-2004-813907.
29. Campeau L. Letter: Grading of angina pectoris. *Circulation*. 1976;54:522–523.
30. Chesney M., Rosenman R.H. Specificity in stress models: example drawn from type A behavior. *Stress research ed. C. Cooper*. New York; 1983:42–45.
31. Edwards J.R., Baglioni A.J., Cooper C.L. The psychometric properties of the Bortner type A scale. *Brit J Psychol*. 1990;81(3):315–333.
32. Evans P.D. Type A behavior and coronary heart disease: When will the jury return? *Brit J Psychol*. 1990;81(2):147–157.
33. Friedman M., Breall W., Goodwin M. Effect of type A behavioral counselling on frequency of episodes of silent myocardial ischemia in coronary patients. *Amer Heart J*. 1996;132:933–937.
34. Gidron Y., Davidson K. Development and preliminary testing of a brief intervention for modifying CHD — predictive hostility components. *J Behav Med*. 1996;3:203–220.
35. Kass S.L., Vodanovich S.J. Boredom proeneness: Its relationship to type A behaviour pattern and sensation seeking. *Psychology*. 1990;27(3):716.
36. Lopes R.D., White J.A., Tricoci P., White H.D., Armstrong P.W., Braunwald E. et al. Age, treatment, and outcomes in high-risk non-ST-segment elevation acute coronary syndrome patients: insights from the EARLY ACS trial. *Int J Cardiol*. 2013;167:2580–2587. DOI: 10.1016/j.ijcard.2012.06.053.
37. Matthews K.A. Coronary heart disease and type A behaviours: update on alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) quantitative review. *Psychol Bull*. 1988;104(3):373–380.
38. Matthews K.A. Psychological perspectives on the type A behaviour pattern. *Psychol. Bull*. 1982;91(2):293–323.
39. Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S., Arnett D.K., Blaha M.J., Cushman M., de Ferranti S., Després J.P., Fullerton H.J., Howard V.J., Huffman M.D., Judd S.E., Kissela B.M., Lackland D.T., Lichtman J.H., Lisabeth L.D., Liu S., Mackey R.H., Matchar D.B., McGuire D.K., Mohler E.R. 3rd, Moy C.S., Muntner P., Mussolino M.E., Nasir K., Neumar R.W., Nichol G., Palaniappan L., Pandey D.K., Reeves M.J., Rodriguez C.J., Sorlie P.D., Stein J., Towfighi A., Turan T.N., Virani S.S., Willey J.Z., Woo D., Yeh R.W., Turner M.B. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics — 2015 Update. *Circulation* 2015;131:434–441.
40. Naghavi M., Wang H., Lozano R., Davis A., Liang X., Zhou M., Vollset S.E., Ozgoren A.A., Abdalla S., Abdallah F., Abdel Aziz M.I., Abera S.F., Aboyans V., Abraham B., Abraham J.P., Abuabara K.E., Abubakar I. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385:117–171.
41. Byrne R.A., Rossello X., Coughlan J.J., Barbato E., Berry C., Chieffo A., Claeys M.J., Dan Gh.-A., Dweck M.R., Mary Galbraith-European. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*. 2024;13(1):55–161.
42. Rosenfeld J.B. Are anxiety and stress risk factors for cardiac morbidity and mortality? *Psychosomatic cardiovascular disorders — when and how to treat?* Bern; 1981:97–103.
43. Rosengren A., Wallentin L., Simoons M., Gitt A.K., Behar S., Battler A. et al. Age, clinical presentation, and outcome of acute coronary syndromes in the Euroheart acute coronary syndrome survey. *Eur Heart J*. 2006;2(7):789–795. DOI: 10.1093/eurheartj/ehi774.
44. Rosenman R.H., Friedman M. Behaviour patterns, blood lipids, and coronary heart disease. *JAMA*. 1963;161-184(6):934–938.
45. Rosenman R.H., Friedman M. Modifying type A behaviour pattern. *J Psychosom Res*. 1977;21(3):323–331.
46. Sinclair H., Batty J.A., Qiu W., Kunadian V. Engaging older patients in cardiovascular research: observational analysis of the ICON-1 study. *Open Heart* 2016;3:e000436. DOI: 10.1136/openhrt-2016-000436.

## REFERENCES

1. Balanova Yu.A., Kontsevaya A.V., Shalnova S.A. i dr. Prevalence of behavioral risk factors for cardiovascular diseases in the Russian population according to the results of the ESSE-RF study. *Profilakticheskaya meditsina*. 2014;17(5):42–52. (In Russian). EDN: TQOSLL.
2. Gostimskiy V.A., Vasilenko V.S., Kournikova E.A., Shenderov S.V., Gurina O.P. Cytokine status in middle-aged men with acute coronary syndrome after coronary artery stenting. *Pediatr*. 2021;12(2):5–12. (In Russian). DOI: 10.17816/PED1225-12.
3. Zotov D.D., Sizov A.V., Dzeranova N.Ya. Myocardial cytoprotection in the treatment of cardiovascular diseases in elderly patients. *University Therapeutic Journal*. 2019;1(1):20–29. (In Russian).
4. Enikolopov S.N., Sadovskaya A.V. Hostility and the problem of human health. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii*. 2000;7:59–64. (In Russian).
5. Zaitsev V.P., Khramelashvili V.V. Principles of correction of pathogenic forms of behavior for the purpose of secondary prevention of ischemic heart disease. *Kardiologiya*. 1989;29(3):113–116. (In Russian).

6. Cardiology: National Guidelines: edited by E.V. Shlyakhto. 2nd ed., revised and enlarged. Libin A.V. Differential Psychology: at the Crossroads of European, Russian, and American Traditions. Moscow: GEOTAR-Media; 2015. (In Russian).
7. Karpov Yu.A., Kukharchuk V.V., Lyakishev A. i dr. Diagnostics and treatment of chronic ischemic heart disease. Prakticheskiye rekomendatsii. Kardiologicheskii vestnik. 2015;3:3–33. (In Russian).
8. Karpov Yu.A., Sorokin E.V. Stable ischemic heart disease: treatment strategy and tactics. 2-ye izd., pererab. i dop. Moscow: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo; 2012. (In Russian).
9. Korzhova E.Yu. A sick person: personality and social adaptation. Saint Petersburg: AAN; 1994. (In Russian).
10. Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T. i dr. Chronic heart failure (CHF). Zhurnal serdechnaya nedostatochnost'. 2017;18(1-100):3–40. (In Russian). DOI: 10.18087/rhfj.2017.1.2346. EDN: YHVIOF.
11. Martynov A.I., Akatova E.V., Urlaeva I.V., Nikolin O.P., Mogilevskaya E.I. Behavioral type A and acute coronary syndrome. Sovremennaya terapiya v psikhiiatrii i nevrologii. 2015; 4:46–48. (In Russian).
12. Neznakov N.G., Solovieva S.D. Psychological correction of aggressive states in patients with hypertension and ischemic heart disease. Teoriya i praktika meditsinskoy psikhologii i psikhoterapii. Saint Petersburg; 1994:193–199. (In Russian).
13. Polozhenov S.D., Rudnev D.A. Behavioral risk factor for ischemic heart disease (type A). Leningrad: Nauka; 1990. (In Russian).
14. Sedova E.V. Acute coronary syndrome in patients suffering from senile asthenia: diagnostics and treatment. MD dissertation. Moscow; 2017. (In Russian).
15. Stable ischemic heart disease. Versiya: Klinicheskiye rekomendatsii RF 2018-2020 (Rossiya). Po sostoyaniyu na 04.09.2020 na sayte MZ RF. (In Russian).
16. Staroverov I.I. (co-chairman), Shakhnovich R.M. (co-chairman), Gilyarov M.Yu., Komarov A.L., Konstantinova E.V., Panchenko E.P., Yavelov I.S. Eurasian clinical guidelines for the diagnosis and treatment of acute coronary syndrome with ST segment elevation (ACSST). 2019:13–14. (In Russian).
17. Urlaeva I.V. Acute coronary syndrome and behavioral types A.B. Prognosis and features of the course. PhD thesis. Moscow; 2020. (In Russian).
18. Fedorets V.N. Ischemic heart disease in elderly patients with behavioral type A (psychosocial, clinical-functional, therapeutic and preventive aspects). PhD thesis. Saint Petersburg; 2011. (In Russian).
19. Fedorets V.N., Skoromets A.A., Fedorets D.V., Kazantseva N.S., Ledentsova S.S. Behavioral type A — a risk factor for coronary heart disease. Klinicheskaya bol'nitsa. 2012;4:60–63. (In Russian).
20. Shcheglova L.V., Andreenko A.A., Zelenin V.V., Mitichkin M.S., Solovieva N.V., Naumov A.B., Ermakov P.I., Kiknadze D.A. Features of providing specialized medical care to patients with out-of-hospital cardiac arrest due to acute coronary syndrome. Meditsina: teoriya i praktika. 2023;8(4):38–48. (In Russian). DOI: 10.56871/MTP.2023.74.59.004.
21. Yazykova T.A., Zaitsev V.P. Type A behavior: problems of study and psychological correction. Psikhologicheskii zhurnal. 1990;11(5):56–60. (In Russian).
22. Dodson A., Matlock D., Forman E. Geriatric Cardiology: An Emerging Discipline. Can J Cardiol. 2016;32(9):1056–1064.
23. Allison T.Ci. Identification and treatment of psychosocial risk factors for coronary artery disease. Mayo Clin Proc. 1996;8:817–819.
24. Treiber F.A., Mabe P.A., Riley W. et al. Assessment of children's type A behaviour: Relationship with negative behavioral characteristics and children and teacher demographic characteristics. J Person Assessment. 1989;53(4):770–782.
25. Bass C. Type A behaviour: recent developments. J Psychosom Res. 1984;28(5):371–378.
26. Boekeloo B.O., Mamon J.A., Evart C.K. Identifying coronary-prone behaviour in adolescent using the Bortner scale self — rating scale. J Chron Dis. 1987;40(8):785–793.
27. Bueno H., Betriu A., Heras M., Alonso J.J., Cequier A., Garcia E.J. et al. Primary angioplasty vs. fibrinolysis in very old patients with acute myocardial infarction: TRIANA (TRatamiento del Infarto Agudo de miocardio en Ancianos) randomized trial and pooled analysis with previous studies. Eur Heart J 2011;32:51–60. DOI: 10.1093/eurheartj/ehq375.
28. Albus C., De Backer G., Bages N., Deter H.-Ch., Herrmann-Lingen C., Oldenburg B., Sans S., Schneiderman N., Williams R.B., Orth-Gomer K. Psychosocial factors in coronary heart disease — scientific evidence and recommendations for clinical practice. Gesundheitswesen. 2005;67(1):1–8. DOI: 10.1055/s-2004-813907.
29. Campeau L. Letter: Grading of angina pectoris. Circulation. 1976;54:522–523.
30. Chesney M., Rosenman R.H. Specificity in stress models: example drawn from type A behavior. Stress research ed. C. Cooper. New York; 1983:42–45.
31. Edwards J.R., Baglioni A.J., Cooper C.L. The psychometric properties of the Bortner type A scale. Brit J Psychol. 1990;81(3):315–333.
32. Evans P.D. Type A behavior and coronary heart disease: When will the jury return? Brit J Psychol. 1990;81(2):147–157.
33. Friedman M., Breall W., Goodwin M. Effect of type A behavioral counselling on frequency of episodes of silent myocardial ischemia in coronary patients. Amer Heart J. 1996;132:933–937.
34. Gidron Y., Davidson K. Development and preliminary testing of a brief intervention for modifying CHD — predictive hostility components. J Behav Med. 1996;3:203–220.

35. Kass S.L., Vodanovich S.J. Boredom proeneness: Its relationship to type A behaviour pattern and sensation seeking. *Psychology*. 1990;27(3):716.
36. Lopes R.D., White J.A., Tricoci P., White H.D., Armstrong P.W., Braunwald E. et al. Age, treatment, and outcomes in high-risk non-ST-segment elevation acute coronary syndrome patients: insights from the EARLY ACS trial. *Int J Cardiol*. 2013;167:2580–2587. DOI: 10.1016/j.ijcard.2012.06.053.
37. Matthews K.A. Coronary heart disease and type A behaviours: update on alternative to the Booth-Kewley and Friedman (1987) quantitative review. *Psychol. Bull*. 1988;104(3):373–380.
38. Matthews K.A. Psychological perspectives on the type A behaviour pattern. *Psychol. Bull*. 1982;91(2):293–323.
39. Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S., Arnett D.K., Blaha M.J., Cushman M., de Ferranti S., Després J.P., Fullerton H.J., Howard V.J., Huffman M.D., Judd S.E., Kissela B.M., Lackland D.T., Lichtman J.H., Lisabeth L.D., Liu S., Mackey R.H., Matchar D.B., McGuire D.K., Mohler E.R. 3rd, Moy C.S., Muntner P., Mussolino M.E., Nasir K., Neumar R.W., Nichol G., Palaniappan L., Pandey D.K., Reeves M.J., Rodriguez C.J., Sorlie P.D., Stein J., Towfighi A., Turan T.N., Virani S.S., Willey J.Z., Woo D., Yeh R.W., Turner M.B. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics — 2015 Update. *Circulation* 2015;131:434–441.
40. Naghavi M., Wang H., Lozano R., Davis A., Liang X., Zhou M., Vollset S.E., Ozgoren A.A., Abdalla S., Abd-Allah F., Abdel Aziz M.I., Abera S.F., Aboyans V., Abraham B., Abraham J.P., Abuabara K.E., Abubakar I. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;385:117–171.
41. Byrne R.A., Rossello X., Coughlan J.J., Barbato E., Berry C., Chieffo A., Claeys M.J., Dan Gh.-A., Dweck M.R., Mary Galbraith-European. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *Heart Journal. Acute Cardiovascular Care*. 2024;13(1):55–161.
42. Rosenfeld J.B. Are anxiety and stress risk factors for cardiac morbidity and mortality? *Psychosomatic cardiovascular disorders — when and how to treat?* Bern; 1981:97–103.
43. Rosengren A., Wallentin L., Simoons M., Gitt A.K., Behar S., Battler A. et al. Age, clinical presentation, and outcome of acute coronary syndromes in the Euroheart acute coronary syndrome survey. *Eur Heart J*. 2006;27(7):789–795. DOI: 10.1093/eurheartj/ehi774.
44. Rosenman R.H., Friedman M. Behaviour patterns, blood lipids, and coronary heart disease. *JAMA*. 1963;161-184(6):934–938.
45. Rosenman R.H., Friedman M. Modifying type A behaviour pattern. *J. Psychosom. Res*. 1977;21(3):323–331.
46. Sinclair H., Batty J.A., Qiu W., Kunadian V. Engaging older patients in cardiovascular research: observational analysis of the ICON-1 study. *Open Heart* 2016;3:e000436. DOI: 10.1136/openhrt-2016-000436.