

- A. Ettinger, A. Kanner. Philadelphia, 2001;45—71.
6. Blumer D. Epilepsy and suicide: a neuropsychiatric analysis. The neuropsychiatry of epilepsy. M. Trimble, B. Schmitz (eds.). Cambridge, 2002;107—16.
7. Kanner A., Nieto J. Depressive disorders in epilepsy. Neurology 1999;53(Suppl. 2):26—32.
8. Kanner A. Depression in neurological disorders. Lundbeck Institute, Cambridge Medical Communication Ltd., 2005;161 p.
9. Michaud C.M., Murray C.J., Bloom C.M. Burden of disease: Implications for future research. JAMA 2001;285(5):535—9.
10. Воронкова К.В., Петрухин А.С., Пылаева О.А. и др. Рациональная антиэпилептическая фармакотерапия. Рук-во для врачей. М.: Бином, 2008;192 с.
11. Гехт А.Б., Лебедева А.В., Ковалева И.Ю. и др. Эпилепсия и депрессия. Материалы докладов пленума правления Российского общества психиатров с участием главных психиатров и наркологов, руководителей психиатрических и наркологических учреждений субъектов Российской Федерации. М., 2009.
12. Blum D., Reed M., Metz A. Prevalence of major affective disorders and manic-hypomanic symptoms in persons with epilepsy: a community survey. Neurology 2002;Suppl. 3:A175.
13. Gilliam F.G., Santos J., Vahle V. et al. Depression in epilepsy: ignoring clinical expression of neuronal network dysfunction? Epilepsia 2004;46(Suppl. 2):28—33.
14. Blumer D., Herzog A.G., Himmelhoch J. et al. To what extent do premenstrual and interictal dysphoric disorders overlap? Significance for therapy. J Affect Disorders 1998;48:215—25.
15. Blumer D. Dysphoric disorders and paroxysmal affects: recognition and treatment of epilepsy — related psychiatric disorders. Harvard Rev Psychiatry 2000;8:8—17.
16. Kanner A.M. Recognition of the various expressions of anxiety, psychosis, and aggression in epilepsy. Epilepsia 2004;45(2):22—7.
17. Калинин В.В., Полянский Д.А. Факторы риска развития суицидального поведения у больных эпилепсией. Журн неврол и психиатр им. С.С. Корсакова 2003;103(3):18—21.
18. Карлов В.А. Эпилепсия у детей и взрослых, женщин и мужчин. М.: Медицина, 2010;720 с.
19. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. СПб.: МИА, 1995;568 с.
20. Hovorka J., Herman E., Nemcova I. Treatment of interictal depression with citalopram in patients with epilepsy. Epilepsy Behav 2000;1:444—7.
21. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol 1967;6:278—96.
22. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67(6):361—70.
23. Cramer J., Perrine K., Devinsky O. et al. Development and Cross-cultural translation of a 31-item quality of life in epilepsy inventory. Epilepsia 1998;39(1):81—8.

Н.А. Тювина<sup>1</sup>, В.А. Люсов<sup>2</sup>, С.Н. Молчанов<sup>2</sup>, Д.Б. Гаева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,

<sup>2</sup>кафедра госпитальной терапии №1 лечебного факультета РГМУ, Москва

## Депрессии у больных артериальной гипертензией, осложненной хронической сердечной недостаточностью

Депрессивные расстройства выявлены у 48 (63,2%) из 76 пациентов (70 женщин, 6 мужчин) с артериальной гипертензией, осложненной диастолической сердечной недостаточностью. Исследовали качество жизни, выраженность хронической сердечной недостаточности и тяжесть депрессивных расстройств при включении пациентов в исследование, а также повторно через 3 мес от начала терапии антидепрессантом пиразидолом. Депрессивные расстройства умеренной степени тяжести снижали толерантность пациентов к физическим нагрузкам. Установлена прямая связь между выраженностью депрессивных расстройств и снижением качества жизни. На фоне комбинированного психотропного и базисного лечения зарегистрировано улучшение физических и психических показателей, а также качества жизни пациентов.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность с сохранной систолической функцией, депрессия, качество жизни.

**Контакты:** Нина Аркадьевна Тювина [natuvina@yandex.ru](mailto:natuvina@yandex.ru)

### *Depressions in patients with essential hypertension complicated by chronic heart failure*

N.A. Tyuvina<sup>1</sup>, V.A. Lyusov<sup>2</sup>, S.N. Molchanov<sup>2</sup>, D.B. Gayeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Medical Psychology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,

<sup>2</sup>Hospital Therapy Department One, Therapy Faculty, Russian State Medical University, Moscow

Depressive disorders were detected in 48 (63.2%) of 76 patients (70 women and 6 men) with essential hypertension complicated by diastolic heart failure. The quality of life and the degree of chronic heart failure and depressive disorders were estimated at the inclusion of the patients into the study and then 3 months after therapy with the antidepressant pirazidole. Moderate depressive disorders reduced exercise tolerance. The degree of depressive disorders was found to be directly related to worse quality of life. During combination psychotropic and basic treatment, there were improvements in the characteristics of physical and mental status and in quality of life in the patients.

**Key words:** chronic heart failure with preserved systolic function, depressions, quality of life.

**Contact:** Nina Arkadyevna Tyuvina [natuvina@yandex.ru](mailto:natuvina@yandex.ru)

Депрессивные расстройства у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями встречаются в несколько раз чаще, чем в общей популяции, достигая наибольшей распространенности (до 61%) при хронической сердечной недоста-

точности (ХСН) [1]. Аффективные расстройства значительно отягощают течение сердечно-сосудистых заболеваний. Так, при наличии депрессии годовая летальность у таких больных возрастает в 2,2 раза, а частота повторных госпита-

лизаций — в 3 раза [2]. Результаты 1-летнего исследования, включавшего 674 больных ХСН (фракция выброса <35%), также подтвердили существование достоверной связи между депрессией и высокой смертностью от декомпенсации ХСН. Было показано, что у больных ХСН и депрессией при неэффективной терапии антидепрессантами показатели смертности были значимо выше, чем у этой же категории больных при эффективном лечении психотропными средствами [3]. Депрессивное расстройство является независимым фактором риска, повышающим смертность и частоту госпитализаций при ХСН. Е.Р. Navranek и соавт. [4] подчеркивают, что выявление и лечение депрессии у больных ХСН может значительно повысить функциональные возможности пациентов и в результате улучшить приверженность медикаментозной терапии и реабилитационному режиму.

Однако на практике у пациентов с сердечной недостаточностью депрессию часто не диагностируют и, соответственно, не лечат. Между тем адекватная терапия депрессии с помощью современных психотропных средств не только приводит к улучшению эмоционального состояния, но и повышает эффективность лечения основного заболевания и качество жизни.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение влияния депрессии на соматическое состояние и качество жизни у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), осложненной ХСН, с сохранной систолической функцией.

**Пациенты и методы.** Исследование проводили на базе 2-го кардиологического отделения городской клинической больницы № 60 Москвы. На условиях добровольного согласия в исследование включено 76 пациентов с диагнозом АГ, осложненной ХСН, с сохранной систолической функцией (фракция выброса >45%). Из исследования были исключены пациенты с другими заболеваниями, приведшими к развитию ХСН; тяжелыми психическими расстройствами; выраженными проявлениями соматических заболеваний; лица, не способные выполнить тест 6-минутной ходьбы из-за декомпенсации состояния или сопутствующих заболеваний; принимавшие антидепрессанты или транквилизаторы до исследования, а также больные с постоянной формой фибрилляции предсердий в связи с отсутствием общепринятых подходов к оценке диастолической функции левого желудочка. Подавляющее большинство пациентов составили женщины (70, или 92%).

Депрессивные расстройства выявлены у 48 (63,2%) пациентов — у 5 (10,4%) мужчин и 43 (89,6%) женщин (1-я группа). Для коррекции депрессий в дополнение к стандартной терапии по рекомендации психиатра пациентам назначали антидепрессант из группы обратимых ингибиторов мо-

ноаминоксидазы типа А пипразидол в дозе 25 мг 2 раза в сутки в течение 12 нед. В период стационарного лечения осуществляли ежедневный контроль за состоянием больных. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, не выявлено. Во 2-ю группу (контроль) вошли 28 пациентов без депрессии. Средний возраст пациентов 1-й группы составил  $68 \pm 7$  лет, 2-й группы (контроль) —  $70 \pm 9$  лет.

Больных обследовали с использованием общеклинических методов однократно при поступлении в кардиологическое отделение. Кроме того, в начале исследования, а также через 12 нед терапии антидепрессантом оценивали выраженность депрессивных расстройств, функциональное состояние и качество жизни.

Проводили физикальный осмотр, рентгенографическое исследование органов грудной клетки, ЭКГ в 12 отведениях, ЭхоКГ. В качестве объективного теста толерантности к физической нагрузке использовали 6-минутный (коридорный) тест. Выраженность симптомов ХСН оценивали в баллах с помощью «Шкалы оценки клинического состояния больного с хронической сердечной недостаточностью» (ШОКС) [5].

Депрессивные расстройства выявляли с помощью следующих шкал:

- госпитальная шкала тревоги и депрессии (the Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS) [6]. Шкала используется для скрининга и субъективной оценки аффективного состояния больных сердечной недостаточностью;

- шкала Монтгомери—Асберга (Montgomery—Asberg Depression Rating Scale — MADRS). Шкала позволяет провести объективную оценку состояния больных [7].

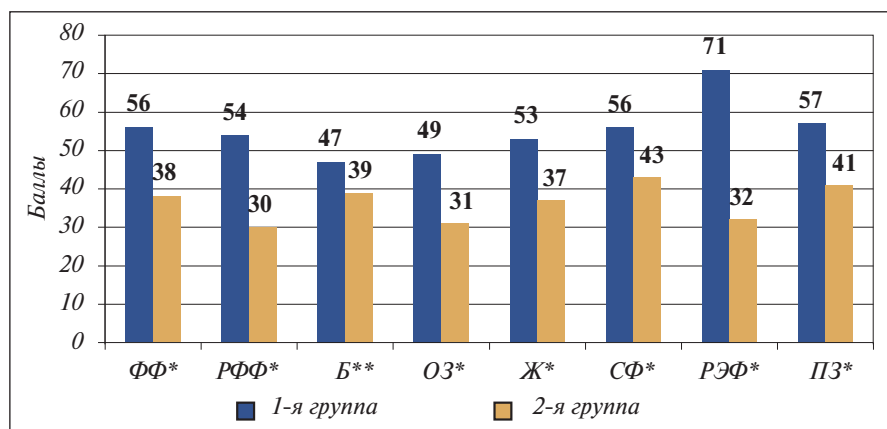
В качестве общей методики оценки качества жизни использовали вопросник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey); для оценки болезнью-специфических аспектов качества жизни больных ХСН — вопросник Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) [8,9], с помощью которого вычисляли общий показатель качества жизни (сумма показателей всех ответов). Наихудшему уровню качества жизни соответствует общее значение 105, а наилучшему — 0.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программ «Биостат», а также Microsoft EXCEL. Изучаемые признаки представлены в виде  $M \pm \sigma$ , где  $M$  — среднее,  $\sigma$  — среднее квадратичное отклонение. Межгрупповые различия независимых выборок изучали с использованием U-критерия Манна—Уитни, для анализа различия между связанными выборками применяли критерий Вилкоксона, для анализа взаимной зависимости признаков — метод ранговых корреляций Спирмена. Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .

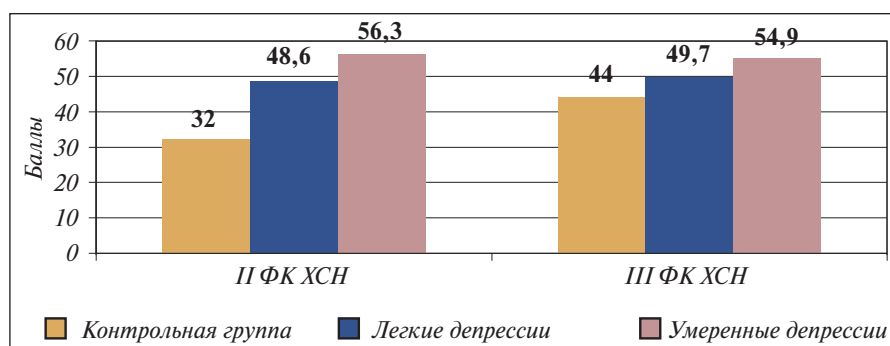
*Результаты теста 6-минутной ходьбы (в м) в зависимости от выраженности депрессивных расстройств и ФК ХСН в начале исследования*

ФК ХСН	1-я группа легкие депрессивные расстройства	2-я группа умеренные депрессивные расстройства	2-я группа (контроль)
II ФК ХСН (диапазон значений)	$373 \pm 45$ (302–424)	$328 \pm 29^*$ (300–412)	$360 \pm 43$ (309–421)
III ФК ХСН (диапазон значений)	$211 \pm 48$ (151–297)	$185 \pm 43^*$ (154–293)	$245 \pm 44$ (159–297)

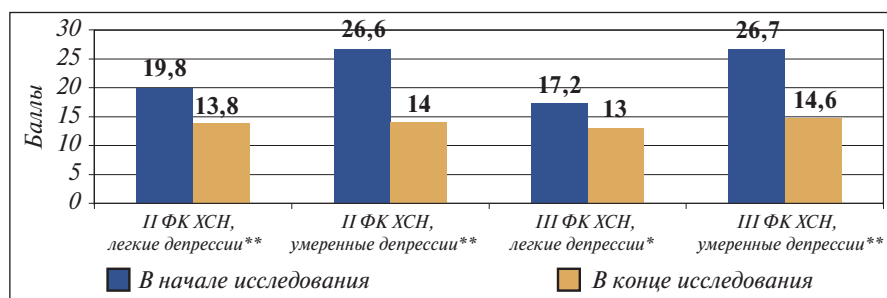
**Примечание.** \* —  $p < 0,05$  при сравнении с показателями в группе контроля.



**Рис. 1.** Качество жизни пациентов по данным опросника SF-36 в начале исследования. ФФ – физическое функционирование; РФФ – ролевое физическое функционирование; Б – боль; ОЗ – общее здоровье; Ж – жизнеспособность; СФ – социальное функционирование; РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование; ПЗ – психическое здоровье (здесь и на рис. 5). \* –  $p < 0,001$ , \*\* –  $p < 0,005$  по сравнению с показателями во 2-й группе (контроль)



**Рис. 2.** Качество жизни пациентов в зависимости от ФК ХСН и выраженности депрессивных расстройств по данным опросника MLHFQ в начале исследования.  $p < 0,05$  при сравнении показателей в 1-й и 2-й (контроль) группах



**Рис. 3.** Динамика выраженности депрессивных расстройств по данным опросника MADRS в начале и в конце исследования. \* –  $p < 0,005$ , \*\* –  $p < 0,001$  при сравнении показателей в начале и в конце исследования

**Результаты исследования.** У 29 (60,4%) пациентов имелась психотравмирующая ситуация (развод, смерть близкого человека, уход за тяжелобольным, факт одинокого проживания), способствовавшая формированию психосоматического заболевания. Данные депрессивные состояния были квалифицированы как психогенные (невротические). У 9 (18,8%) больных наблюдались соматогенные депрессии. У 5 (10,4%) пациентов выявлены нозогенные депрессивные реакции, развитие которых в большей степени определялось не степенью тяжести соматиче-

ского заболевания, а особенностями личности пациентов, а также их реакцией на болезнь. Согласно критериям МКБ-10, депрессивные расстройства у обследованных отнесены к рубрике «Расстройства настроения» (F3). В рамках данной диагностической рубрики были выделены: F32.0 – «депрессивный эпизод легкой степени тяжести» – у 26 (54,2%) больных; F32.1 – «депрессивный эпизод умеренной степени тяжести» – у 17 (35,4%); F33.3 – «рекуррентное депрессивное расстройство» (второй эпизод средней степени тяжести) – у 5 (10,4%). У 29 (60,4%) обследованных 1-й группы преобладали тревожно-депрессивные расстройства, у 13 (27,1%) ведущим был астенодепрессивный синдром, у 6 (12,5%) выявлены депрессивно-ипохондрические нарушения.

По данным психометрических опросников, депрессивные расстройства легкой степени тяжести имелись у 26 (54,2%) пациентов, из них у 15 (31,3%) со II функциональным классом (ФК) ХСН и у 11 (22,9%) с III ФК ХСН. Депрессивные расстройства умеренной степени тяжести выявлены у 22 (45,8%) больных, из них у 12 (25%) со II ФК ХСН и у 10 (20,8%) с III ФК ХСН.

Исходно не отмечено статистически значимых различий в выраженности симптомов ХСН у больных с аффективными расстройствами по ШОКС и у пациентов группы контроля (соответственно  $6,2 \pm 1,5$  и  $6,4 \pm 1,7$  балла;  $p > 0,05$ ). По результатам теста 6-минутной ходьбы статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) выявлены между показателями у пациентов без депрессии и у больных с умеренными депрессивными расстройствами II и III ФК ХСН. Наиболее низкие средние значения теста 6-минутной ходьбы наблюдались в группе пациентов с умеренными депрессивными расстройствами (см. таблицу). По данным ЭхоКГ все пациенты имели диастолическую дисфункцию миокарда левого желудочка по первому типу. Достоверных различий между группами по таким параметрам, как размеры полостей левого предсердия, правого и левого желудочка, конечный систолический и диастолический объемы левого желудочка, толщина стенок левого желудочка, фракция выброса, а также показателям диастолической функции не отмечено.

При исходном исследовании качество жизни пациентов 1-й группы оказалось невысоким. Их функциональные возможности были ограничены как физическим, так и эмоциональным состоянием и существенно уступали по всем

пунктам шкалы SF-36 (рис. 1–3), а также по данным опросника MLHFQ (см. рис. 2) таковым у пациентов контрольной группы. Качество жизни пациентов с депрессивными расстройствами снижалось по мере нарастания не только выраженности депрессивной симптоматики, но и значений ШОКС, а также снижения толерантности к физическим нагрузкам. Так, корреляционный анализ выявил статистически достоверную прямую связь между значениями ШОКС и результатами MLHFQ ( $p=0,05$ ; коэффициент ранговой корреляции Спирмена 0,404), статистически достоверную обратную связь между значениями теста 6-минутной ходьбы и результатами MLHFQ ( $p=0,007$ , коэффициент ранговой корреляции Спирмена -0,388), а также статистически достоверную прямую связь между значениями MADRS и результатами MLHFQ ( $p<0,001$ , коэффициент ранговой корреляции Спирмена 0,706).

Через 12 нед терапии антидепрессантом отдельные симптомы аффективных расстройств сохранялись у 5 (10,4%) пациентов. Несмотря на это, суммарный балл по шкале MADRS у пациентов 1-й группы значительно снизился (см. рис. 3). У 5 (10,4%) больных с сохранившимися аффективными расстройствами через 3 мес лечения антидепрессантом отмечена редукция депрессии от умеренной до легкой степени тяжести ( $16,4 \pm 0,9$  балла по шкале MADRS). Пациенты, у которых выявлялись депрессивные расстройства по данным психометрических опросников, повторно направлены на консультацию к психиатру, который подтвердил наличие депрессии легкой степени тяжести у 5 больных и рекомендовал им продолжать терапию пирасидолом. Остальным больным рекомендована отмена препарата с постепенным (в течение 2 нед) снижением дозы.

На фоне терапии с включением антидепрессанта наряду с редукцией психопатологических показателей регистрировалось улучшение физического состояния больных. Это проявлялось уменьшением ФК ХСН, значений ШОКС, увеличением расстояния, пройденного за 6 мин.

Так, значения ШОКС достоверно уменьшились у пациентов всех групп (рис. 4): у больных с депрессивными расстройствами (1-я группа) в начале исследования они составили  $6,2 \pm 1,5$  балла, при повторном исследовании —  $5,1 \pm 0,8$  бал-

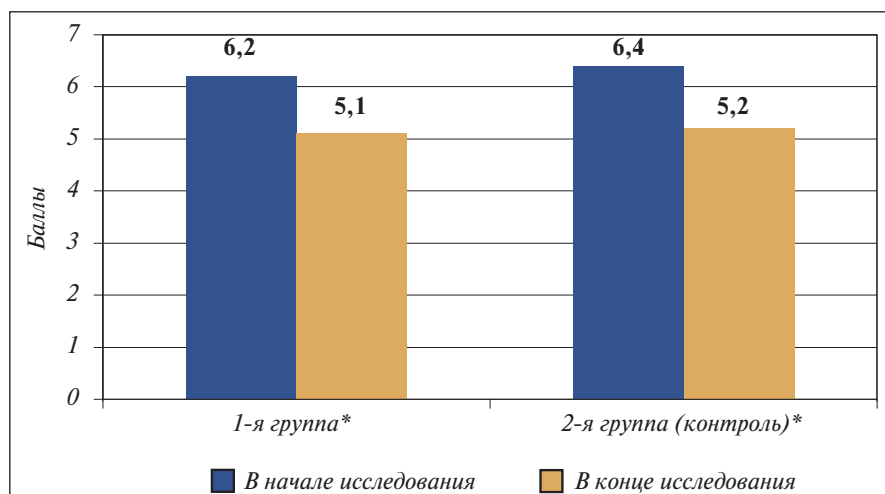


Рис. 4. Динамика клинического состояния пациентов по данным ШОКС. \*—  $p<0,05$  при сравнении показателей в начале и в конце исследования

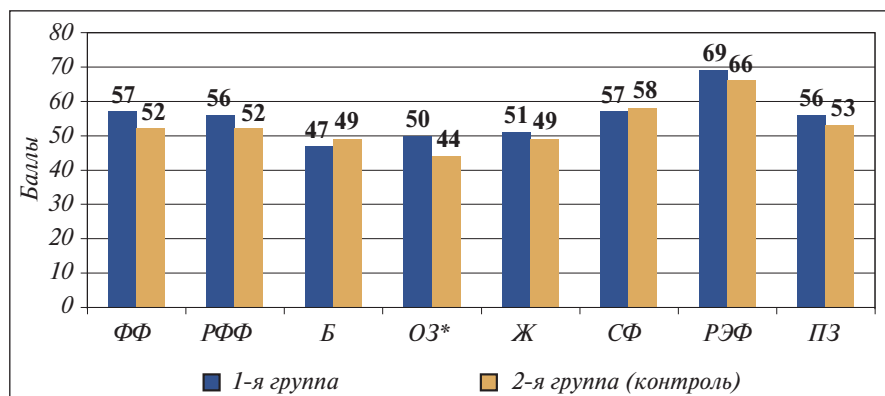


Рис. 5. Качество жизни пациентов в конце исследования по данным опросника SF-36. \*—  $p<0,05$  при сравнении с показателями группы контроля

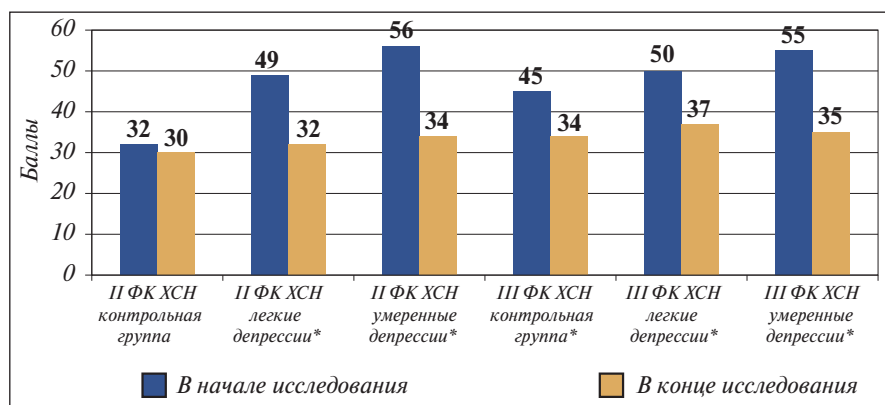


Рис. 6. Качество жизни пациентов по данным опросника MLHFQ. \*—  $p<0,001$  при сравнении показателей в начале и в конце исследования

ла ( $p<0,05$ ); у пациентов 2-й группы (контроль) — соответственно  $6,4 \pm 1,7$  и  $5,2 \pm 1,4$  балла ( $p<0,05$ ). При повторном обследовании в 1-й группе с I ФК ХСН было 5 (10,4%) пациентов, II ФК ХСН — 33 (68,8%), III ФК ХСН — 10 (20,8%). Положительные изменения произошли и в контроле: I ФК ХСН зарегистрирован у 3 (10,7%) пациентов, II ФК ХСН — у 19 (67,8%) и III ФК ХСН — у 6 (21,4%). Отмечено увеличение толерант-



ности к физическим нагрузкам — пройденная дистанция в тесте 6-минутной ходьбы увеличилась с  $288 \pm 88$  м в начале исследования до  $335 \pm 80$  м в конце исследования в 1-й группе ( $p < 0,001$ ) и соответственно с  $298 \pm 72$  до  $319 \pm 75,5$  м во 2-й группе ( $p < 0,05$ ). Исходно переносимость физических нагрузок у пациентов с депрессивными расстройствами умеренной степени тяжести была меньше, чем в контроле ( $p < 0,05$ ). При повторном сравнении результатов теста 6-минутной ходьбы статистически значимых различий не выявлено.

Через 3 мес после начала исследования у пациентов 1-й группы отмечено улучшение качества жизни по всем пунктам опросников SF-36 MLHFQ, что, вероятно, связано с редукцией депрессивных расстройств, улучшением физического и психического состояния. Сравнительный анализ различных категорий качества жизни в 1-й и 2-й (контроль) группах пациентов по данным опросника SF-36 при повторном исследовании выявил статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) по шкале «общее здоровье». По остальным пунктам шкалы SF-36 качество жизни у пациентов 1-й и 2-й (конт-

роль) групп не различалось (рис. 5). В конце исследования по данным опросника MLHFQ отмечено улучшение качества жизни у всех пациентов, более значимое в 1-й группе (рис. 6).

**Заключение.** Таким образом, депрессивные расстройства выявляются у значительного числа (63,2%) больных АГ, осложненной диастолической сердечной недостаточностью. Депрессивные расстройства умеренной степени тяжести снижают толерантность к физическим нагрузкам. Наличие депрессии независимо от степени выраженности не оказывает влияния на функциональное состояние миокарда и геометрию сердца у больных ХСН. У больных АГ, осложненной диастолической сердечной недостаточностью, депрессия ухудшает качество жизни. Установлена прямая связь между выраженностью депрессии и снижением качества жизни. Включение антидепрессанта в схему комбинированной терапии больных АГ с ХСН (с сохранной систолической функцией) и сопутствующими депрессивными расстройствами сопровождается купированием депрессии, повышением толерантности к физическим нагрузкам, а также улучшением качества жизни.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. Кардиология 2005;8:38–44.
2. Vaccarino V., Kasl S., Abramson J. et al. Krumholz depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. J Am Coll Cardiol 2001;38:199–205.
3. Clary G.L., Davenport C., Biracree D. et al. Effect of antidepressant medication on mortality in patients with congestive heart failure. J Am Coll Cardiol 2002; 39 (Suppl. A):1134–56.
4. Havranek E.P., Ware M.G., Lowes B.D. Prevalence of depression in congestive heart failure. Am J Cardiol 1999;84:348–50.
5. Беленков Ю.М., Мареев В.Ю., Арутюнов Г.П. и др. Национальные рекомендации по диагностике и лечению ХСН: утверждены Съездом кардиологов РФ в октябре 2003 г. Серд недостат 2003;6:276–9.
6. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychiatr Scand 1983;67:361–70.
7. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979;134:382–9.
8. Пиляревский С.Р., Орлов В.А., Бенделиани Н.Г. Современная методология оценки качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью. М.: РМАПО, 2000;60 с.
9. Cleland J.G., Swedberg K., Follath F. et al. The EuroHeart Failure survey programme a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: patient characteristics and diagnosis. Eur Heart J. 2003;24(5):442–63.

**Н.М. Захарова, Д.В. Гапеев**

*НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва*

## Психотерапия пациентов с реакцией на тяжелый стресс и нарушениями адаптации в условиях стационара

*В статье рассмотрены вопросы психотерапии (ПТ) у пациентов с реакцией на тяжелый стресс и расстройствами адаптации. Обследованы пациенты, находившиеся на стационарном лечении в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского по поводу ожоговой травмы, а также сочетанной травмы, полученной в результате чрезвычайных ситуаций и дорожно-транспортных происшествий. Проведен сравнительный анализ психопатологических расстройств в этих трех группах пациентов в зависимости от генеза психологической травмы. Рассмотрены особенности клинической картины и предложен алгоритм проведения ПТ у таких пациентов.*

**Ключевые слова:** тяжелый стресс, расстройства адаптации, психотерапия.

**Контакты:** Диана Вячеславовна Гапеевко [diana218@mail.ru](mailto:diana218@mail.ru)

*Psychotherapy for patients with a response to severe stress and adaptive disorders at a hospital*

*N.M. Zakharova, D.V. Gapeyenko*

*N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care, Moscow*

*The paper considers the issues of psychotherapy (PT) in patients showing a response to severe stress and adaptive disorders. The patients treated at the N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care for burn injury and concomitant injury resulting from emergencies and road*