

Волець Б.А., Трошина Д.В.

Кафедра психиатрии и психосоматики лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский университет) Минздрава России, Москва, Россия
119021, Москва, ул. Россолимо, 11

Соматизированная депрессия с когнитивными нарушениями у пациентки с артериальной гипертензией

Представлено клиническое наблюдение пациентки с артериальной гипертензией и соматизированной депрессией. Рассмотрены вопросы дифференциальной диагностики соматизированной симптоматики в рамках аффективной патологии и проявлений соматического заболевания, проанализированы аспекты личностной предрасположенности к формированию психического расстройства. Отмечены преимущества междисциплинарного подхода к терапии с применением гипотензивных препаратов, антидепрессантов и психотерапии. Особый интерес представляет проблема диагностики и терапии умеренных когнитивных нарушений у пациентки с коморбидной кардиологической и психической патологией.

Ключевые слова: депрессия; соматизация; когнитивные нарушения; артериальная гипертензия; антидепрессанты; вортиоксетин.

Контакты: Беатрис Альбертовна Волець; beatrice.volel@gmail.com

Для ссылки: Волець БА, Трошина ДВ. Соматизированная депрессия с когнитивными нарушениями у пациентки с артериальной гипертензией. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2017;9(4):60–64.

Somatic depression with cognitive impairment in a female patient with hypertension

Volel B.A., Troshina D.V.

*Department of Psychiatry and Psychosomatics, Faculty of General Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
11, Rossolimo St., Moscow 119021*

The paper describes a clinical case of hypertension and somatic depression in a female patient. It considers the differential diagnosis of somatic symptomatology within affective disorders, depicts the manifestations of a somatic disease, and analyzes the aspects of personal predisposition to a mental disorder. The authors note the advantages of an interdisciplinary approach to therapy with antihypertensive drugs and antidepressants and psychotherapy. Of particular interest is the problem in the diagnosis and therapy of moderate cognitive impairment in a patient with cardiac and psychiatric comorbidities.

Keywords: depression; somatization; cognitive impairment; hypertension; antidepressants, vortioxetine.

Contact: Beatrice Albertovna Volel; beatrice.volel@gmail.com

For reference: Volel BA, Troshina DV. Somatic depression with cognitive impairment in a female patient with hypertension. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics.* 2017;9(4):60–64.

DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2017-4-60-64>

Диагностика и терапия коморбидной психической патологии в общемедицинской практике, в том числе при сердечно-сосудистых заболеваниях, является актуальной задачей врача-интерниста. По данным эпидемиологических исследований, распространенность депрессивных расстройств у больных кардиологического профиля превышает 20% [1]. При этом частота депрессий у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) достигает 16,8% [2, 3].

В ряде исследований указывается на негативное влияние коморбидных депрессивных расстройств на течение АГ и поведение пациентов (низкая приверженность лечению и формирование кардиоперсонифицированных синдромов) [1, 4]. Взаимное усиление симптомов АГ и депрессивных расстройств усложняет лечение из-за трудностей дифференциальной диагностики и оценки эффективности терапии, а также ухудшает показатели качества жизни пациентов [5]. Выраженность депрессивных расстройств коррелирует с увеличением медицинских затрат и длительностью пребывания больного в кардиологическом отделении

[6]. В связи с этим особо следует отметить маскированные (соматизированные) депрессии, протекающие с психопатологическими расстройствами, маскирующими аффективные симптомы (кардионевротическими, диссомническими и др.) [1, 7].

Один из наиболее сложных вопросов при коморбидной депрессии и АГ — определение этиологии когнитивных расстройств и выбор адекватной и эффективной тактики лечения. Когнитивные нарушения встречаются более чем у половины пациентов с длительной АГ. Чаще наблюдаются легкие, реже — умеренные когнитивные нарушения (УКН) [8, 9]. В свою очередь депрессия также может сопровождаться УКН или легкими когнитивными расстройствами, особенно снижением памяти [10]. Жалобы на нарушение памяти у больных АГ ассоциированы с более высоким уровнем депрессии, чем у пациентов без таких жалоб [11].

В настоящее время в клинической практике используются модифицированные диагностические критерии УКН (J. Touchon, R. Petersen, 2004) [12]:

- 1) когнитивные нарушения, по словам пациента и/или его ближайших родственников;
- 2) ухудшение когнитивных способностей по сравнению с исходным уровнем;
- 3) объективные свидетельства когнитивных нарушений, полученные с помощью нейропсихологических тестов;
- 4) отсутствие выраженных нарушений повседневной активности;
- 5) отсутствие деменции.

При ведении пациентов с АГ и когнитивными и эмоциональными нарушениями большое значение имеет мультидисциплинарный подход с участием психиатра, что демонстрирует наше клиническое наблюдение.

Пациентка Н., 56 лет, предъявляла жалобы на сниженный фон настроения, подавленность, тоскливость, чувство жалости к себе, плаксивость «на грани истерики», нарушения сна (трудности засыпания и ранние пробуждения, в 4–5 ч утра), снижение аппетита (похудела на 4 кг за месяц), появившиеся в последнее время быструю утомляемость после небольших физических и умственных нагрузок, чувство разбитости, вялости, «изможденности», трудности концентрации внимания, ухудшение памяти на текущие события, рассеянность при выполнении рабочих обязанностей. Раз в 2–3 дня беспокоили приступообразные состояния с подъемом артериального давления (АД) до 180/100 мм рт. ст., сопровождавшиеся страхом смерти от инфаркта миокарда, разнообразными неприятными ощущениями в теле: стягивающей, сжимающей головной болью по типу «каска» или «обруча», чувством покалывания, жжения, горения и жара в грудной области, которое пациентка описывала как «волны пламени, растекающиеся внутри грудной клетки», и «кома», подступавшего к горлу. Отмечала также «наплывы тревожных мыслей» о возможной инвалидизации, утрате привлекательной внешности и социальной активности. На этом фоне возникали чувство онемения в руках и ногах по типу «перчаток и носков», слабость в ногах («будто подкашиваются»). Указанные проявления имели отчетливый суточный ритм: хуже чувствовала себя утром, когда преобладали подавленность, ощущение безысходности.

Пациентка работала в сфере издательского дела, с 55 лет — на пенсии. Профессиональных вредностей на протяжении жизни не имела. Дважды была замужем, настоящий брак — с 27 лет. Беременность, роды — в 28 лет, физиологические, без патологии. Отличалась раздражительностью, вспыльчивостью, склонностью к манипулирующему поведению. Вместе с тем была общительной, легко сходилась с людьми. На публике демонстрировала умение владеть собой, дружелюбие. На фоне стрессовых ситуаций отмечала кратковременные (до 10–15 мин) эпизоды плаксивости с ощущением «кома» в горле, сжимающей головной боли по типу «обруча», онемения в кончиках пальцев, а также внутреннего напряжения, жара в грудной области.

Мать пациентки страдала депрессивным расстройством, наблюдалась у психиатра. По отцовской линии — отягощенность по ишемической болезни сердца.

Со слов пациентки, впервые отчетливое психическое неблагополучие появилось в 43 года, после внезапной смерти отца от инфаркта миокарда. Отмечала резкое снижение настроения с нарастающим подавленностью, была положена мыслями об отце, вспоминала ситуации, когда он говорил о недомоганиях, думала об упущенной возможности раннего обнару-

жения у него патологии сердца, «прокручивала» в голове мысли о несправедливости произошедшего. Динамики самочувствия в зависимости от времени суток не наблюдалось. Беспокоили нарушения сна (трудности засыпания), яркие сновидения, в которых видела отца. Ухудшился аппетит, за 3 мес похудела на 3 кг. Имелись также разнообразные неприятные ощущения в теле: головная боль по типу «обруча», прокалывающая боль в области сердца, ощущение «горящего шара», подкалывающего к горлу. Тогда же впервые возник эпизод повышения АД до 140/90 мм рт. ст., который сопровождался тревогой, ощущением беспредметного беспокойства, внутренней дрожью и интенсивной головной болью сжимающего характера по типу «каска». Расценила данное состояние как закономерное, связанное с пережитым стрессом. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала успокоительные средства растительного происхождения (валериана, пустырник). Спустя 4 мес отметила улучшение настроения и восстановление ночного сна, уменьшение подавленности, плаксивости, наплывов тоскливых мыслей, воспоминаний, а также патологических телесных сенсаций.

Менопауза с 50 лет. Климактерический период переносила субъективно тяжело. В течение полугода беспокоили приливы жара, холода. Ощущала усиление эмоциональной лабильности, плаксивости, стала еще более обидчивой, раздражительной. Вскоре после наступления менопаузы заметила, что конфликтные ситуации на работе или в семье провоцировали повышение АД (сначала до 140/90–150/90 мм рт. ст.) и протекали с характерной симптоматикой: тревогой за здоровье, головной болью стягивающего, сжимающего характера по типу «каска», онемением пальцев рук и ног, напряжением, покалыванием в грудной области и чувством общей слабости, «разбитости». Был поставлен диагноз артериальной гипертензии I стадии.

Настоящее ухудшение состояния в возрасте 56 лет произошло на фоне беспокойства о финансовом положении семьи. Отметила резкое снижение настроения, нарастание подавленности и плаксивости. Возникали тоска, идеи наступившего «краха» семейного благополучия, чувство «беспомощности» перед обстоятельствами, жалости к себе. Испытывала трудности при засыпании из-за тревожных мыслей о будущем. Утром ощущала вялость, «разбитость», залеживалась в постели. Отмечала суточные колебания состояния: в утренние часы подавленность была более выражена. Снизился аппетит, за месяц похудела на 4 кг. Не ощущала привычной активности, быстро уставала даже от незначительных нагрузок, испытывала чувство вялости, слабости в теле. «Через силу» выполняла домашние дела, перепоручив основную часть работы помощнице по хозяйству. Отказывалась от встреч с подругами, запланированных мероприятий. Кроме того, стали беспокоить трудности концентрации внимания, несобранность, чего ранее не отмечала. Стала невнимательной, отстраненной, при беседе могла несколько раз задать один и тот же вопрос. Погруженная в собственные мысли, не могла сосредоточиться на чтении или просмотре телепередач. Отметила ухудшение памяти на текущие события, забывала о назначенных встречах, договоренностях по поводу бытовых вопросов и др. Была вынуждена фиксировать важную информацию в записной книжке. Неуверенно чувствовала себя за рулем автомобиля: с трудом ориентировалась в малознакомой части города, в связи с чем отказалась от вождения автомобиля.

В течение 1–2 нед после возникновения психотравмирующей ситуации участились подъемы АД до 180/100 мм рт. ст., которые сопровождалась страхом смерти, интенсивными, тягостными ощущениями жжения, «растекающегося пламени» в загрудинной области, «кома» в горле, головной болью по типу «каска», онемением конечностей по типу «перчаток и носков». На фоне ухудшения соматического состояния фоновая тревога стала в основном касаться «здоровья сердца». Наряду с опасениями за будущее семьи испытывала страх из-за возможного развития осложнений, инвалидизации.

Ввиду неэффективности проводимой амбулаторно гипотензивной терапии была направлена на стационарное лечение в отделение кардиологии Университетской клинической больницы № 1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет).

При поступлении в клинику соматический статус – без патологии. В неврологическом статусе данных в пользу очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Отмечались признаки депрессии тяжелой степени: по шкале Гамильтона для оценки депрессии (HAMD) – 25 баллов, по шкале общего клинического впечатления (CGI-S) – 4 балла. Наблюдались также нарушения когнитивных функций: по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (MoCA) – 22 балла, в основном по разделам «Память» и «Внимание».

Клинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови – без особенностей. Результаты иммунологических исследований на ВИЧ-инфекцию, гепатит В и С отрицательные. Уровень тиреотропного гормона в норме.

При электрокардиографии (ЭКГ) отклонений не выявлено. При эхокардиографии (Эхо-КГ) наблюдались признаки гипертрофии миокарда левого желудочка: конечный систолический размер – 31 мм, конечный диастолический размер – 47,4 мм, фракция выброса – 56%, толщина задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) – 12 мм, экскурсия ЗСЛЖ – 7 мм, правый желудочек – 25 мм, не увеличен, функция клапанов не нарушена, насосная функция левого желудочка удовлетворительная. Суточное мониторирование ЭКГ: средняя частота сердечных сокращений – 74 в минуту, пауз нет, интервал PQ – до 173 мс, выявлено 37 одиночных наджелудочковых экстрасистол, интервал ST–T без значимой динамики.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга: очаговой патологии головного мозга не обнаружено.

Консультация офтальмолога: ангиопатия сетчатки обоих глаз.

При УЗИ почек патологии не выявлено.

Консультация психиатра: повторная соматизированная депрессия с тревожно-фобическими расстройствами (панические атаки, нозофобия) и когнитивными нарушениями.

Поставлен диагноз: артериальная гипертензия II стадии, 3-й степени, высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод умеренной степени тяжести с соматическими симптомами.

Назначено лечение: престариум 5 мг/сут, бринтелликс 20 мг/сут, когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ). На фоне лечения отмечался положительный эффект в виде нормализации аффективного фона с редукцией подавленности, тоскливости, плаксивости. Гипертонические кризы стали сопровождаться подъемом АД максимально до 150/90 мм рт. ст. (в сравнении с 180/100 мм рт. ст. при приеме гипотензивных

средств до начала психотропной терапии). Наблюдалась редукция танатофобии и конверсионной симптоматики в структуре криза. Снизилась интенсивность астенической симптоматики – стала ощущать привычную бодрость, прилив энергии, перестали беспокоить ощущения вялости, «разбитости». Нормализовался ночной сон. Было также зафиксировано улучшение когнитивных функций по шкале MoCA – увеличение с 22 до 24 баллов. Пациентка субъективно отмечала улучшение концентрации внимания и появление привычной собранности.

В течение 1 мес сохранялись соматизированные расстройства с эпизодической головной болью по типу «каска», «комом» в горле, а также неприятными ощущениями в области сердца – покалыванием, жжением, жаром, «горением».

Спустя 8 нед после начала терапии была диагностирована ремиссия депрессии – результат по шкале HAMD составил 7 баллов (отсутствие депрессивного расстройства) на фоне стабильных показателей АД.

После достижения ремиссии пациентке были рекомендованы: поддерживающая доза бринтелликса 10 мг/сут, престариум 5 мг/сут.

Обсуждение. Психическое состояние больной на момент обращения к психиатру определялось психогенно спровоцированной истеро-ипохондрической депрессией, протекавшей по типу соматизированной истерии [13]. В пользу подобной квалификации свидетельствует преобладание в клинической картине жалоб на сниженный фон настроения, подавленность, тоскливость в сочетании с театральностью, нарочитостью, драматизацией симптоматики и стремлением привлечь внимание к своему страданию. Содержательный комплекс депрессии также согласуется с истерическим характером аффективного нарушения и включает несоответствующие реальному положению дел идеи утраченного семейного благополучия и пошатнувшегося здоровья.

Наряду с аффективными нарушениями (тоска, расстройство сна, аппетита, а также отчетливый суточный ритм проявлений) на первый план в клинической картине выступали истеро-ипохондрическая симптоматика с явлениями истерофобии и патологическими телесными сенсациями, представленными конверсиями, телесными фантазиями и астеническими симптомами. Так, проявления реального кардиологического заболевания (гипертонической болезни) усиливались атипичными паническими атаками без формирования избегающего поведения – «конверсионными кризами» [14], протекающими с танатофобией, полиморфной конверсионной симптоматикой (истералгии, дизестезии, globus hystericus) и телесными фантазиями по типу «пламени, разливающегося в груди». Тревога о здоровье у больной выражалась также в формировании нозофобий (инфарктофобия, страх инвалидизации).

Необходимо подчеркнуть наличие у пациентки когнитивных нарушений: расстройств внимания, оперативной и отсроченной памяти, скорости обработки информации. При этом вклад в умеренное нарушение когнитивных функций вносил как психический (депрессивное расстройство), так и соматический (гипертоническая болезнь) компонент при отсутствии органического поражения головного мозга (по данным МРТ) [15, 16].

При анализе личностного склада пациентки в первую очередь обращали на себя внимание черты, описываемые в пределах драматического круга (гистрионные черты, по О.А. Фильц, 1987) [17]. Больная на протяжении жизни от-

личалась склонностью к драматизации событий, преувеличенному выражению эмоций наряду с переоценкой собственной личности. При этом характерные конверсионные симптомы (*globus hystericus*, сжимающая головная боль в виде «обруча», «каска» и т. д.) отмечались у нее с детского возраста, возникали эпизодически и носили транзиторный характер — вегетативная стигматизация [18], присущая личностям драматического кластера и проявляющаяся кратковременными соматизированными реакциями.

Таким образом, учитывая наличие у пациентки конституционального преморбида по типу истерического расстройства личности, психогенно провоцированной (смерть отца) истерической депрессии с конверсионной симптоматикой, а также характерной динамики РЛ в постменопаузе, можно отметить близость психопатологической структуры расстройства к истеро-ипохондрической депрессии с преобладанием соматизированной симптоматики в рамках динамики истерического расстройства личности [19].

Присутствие в клинической картине депрессии гипотимии, подавленности, тоски, идей «бесперспективности», «малоценности», а также типичного соматовегетативного комплекса, потребовало проведения дифференциальной диагностики расстройства с типичной меланхолической эндогенной депрессией. И здесь в первую очередь необходимо отметить отсутствие типичных признаков меланхолической эндогенной депрессии. Так, тоска у пациентки не носила витального, мучительного характера, а реализовалась в отдельных когнитивных проявлениях: мысли о «беспросветности» будущего, трагических последствиях заболевания. Расстройства сна и аппетита также не достигали уровня эндогенного нарушения (не сопровождалась нарушениями сна и аппетита или выраженной потерей массы тела).

Вместе с тем отнесение расстройства к истерической депрессии с преобладанием соматизированной симптоматики подтверждают психогенно обусловленная манифестация депрессии, полное соответствие психогенной реакции характеристике драматического личностного склада, а также амплификация психопатологической симптоматики с проявлениями реальной кардиологической патологии (артериальная гипертензия).

В лечении пациентки использован комплексный мультимедицинский подход. В качестве антигипертензивной терапии был выбран престариум (периндоприл) — препарат из группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента с доказанной эффективностью в отношении умеренной АГ [20, 21]. С учетом отмеченных клинических особенностей депрессии (преобладание соматизации, астенических и когнитивных нарушений) был назначен препарат с доказанной эффективностью в отношении соматизированного компонента тревоги в рамках депрессивного эпизода, а также доказанной безопасностью у пациентов с сопутствующей кардиологической патологией (артериальная гипертензия) — бринтелликс (вортиоксетин) [22–24].

КПТ была направлена на формирование навыков контроля над собственными переживаниями и эмоциональными реакциями, реструктуризацию копинг-стратегий с выстраиванием механизмов взаимодействия с проявлениями заболевания, а также повышение комплаенса с врачом.

Таким образом, представленное клиническое наблюдение демонстрирует преимущества комплексного мультимедицинского подхода к диагностике и терапии коморбидной психической и кардиологической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смудевич АБ. Психокardiология и основные аспекты психосоматической медицины. Психиатрия и психофармакотерапия. 2005;7(3):120-2. [Smulevich AV. Psychocardiology and the main aspects of psychosomatic medicine. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2005;7(3):120-2. (In Russ.)].
2. Чазов ЕИ, Оганов РГ, Погосова НВ и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты терапевтической части многоцентрового исследования. Сердце. 2007;6(1):44-8. [Chazov EI, Oganov RG, Pogosova NV, et al. Clinico-epidemiological program of studying of depression in cardiologic practice in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease (COORDINATE): the therapeutic part of a multicenter study. *Serdce*. 2007;6(1):44-8. (In Russ.)].
3. Sandström YK, Ljunggren G, WKndell P, et al. Psychiatric comorbidities in patients with hypertension—a study of registered diagnoses 2009–2013 in the total population in Stockholm County, Sweden. *J Hypertens*. 2016 Mar;34(3):414–20; discussion 420. doi: 10.1097/HJH.0000000000000824.
4. Волель БА, Терновая ЕС, Ермушева АА, Сыркина ЕА. Личностные и психические расстройства у пациентов с артериальной гипертензией (обзор литературы). Психические расстройства в общей медицине. 2013;(4):23-9. [Volel' BA, Ternovaya ES, Ermusheva AA, Syrkina EA. Personality and mental disorders in patients with arterial hypertension (review). *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2013;(4):23-9. (In Russ.)].
5. Saboya PM, Zimmermann PR, Bodanese LC. Association between anxiety or depressive symptoms and arterial hypertension, and their impact on the quality of life. *Int J Psychiatry Med*. 2010;40(3):307–20.
6. Druss, B. G., Marcus, S. C., Olsson, M., Tanielian, et al. Comparing the national economic burden of five chronic conditions. *Health Affairs*. 2017.
7. Погосов АВ, Николаевская АО. Клинико-динамические особенности соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017;(2):67-72. [Pogosov AV, Nikolaevskaya AO. Clinico-dynamic features of somatized mental disorders with cardiovascular manifestations in patients of city polyclinic. *Sibirskii vestnik psikhiiatrii i narkologii*. 2017;(2):67-72. (In Russ.)].
8. Старчина ЮА, Парфенов ВА, Чазова ИЕ и др. Когнитивные расстройства у пациентов с артериальной гипертензией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008;108(4):19-23. [Starchina YuA, Parfenov VA, Chazova IE, et al. Cognitive disorders in patients with arterial hypertension. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2008;108(4):19-23. (In Russ.)].
9. Парфенов ВА, Старчина ЮА. Когнитивные нарушения у пациентов с артериальной гипертензией и их лечение. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011;3(1):27-33. [Parfenov VA, Starchina YuA. Cognitive disorders in patients with essential hypertension and their treatment. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2011;3(1):27-33. (In Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2011-130
10. Филатова ЕГ, Наприенко МВ. Терапия нарушений памяти и внимания у молодых пациентов. Неврология, нейропсихиатрия,

- психосоматика. 2013;5(3):18-23. [Filatova EG, Naprienko MV. Therapy for memory and attention impairments in young patients. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2013;5(3):18-23. (In Russ.)]. DOI: 10.14412/20742711-2013-2334
11. Парфенов ВА, Рыжак АА, Старчина ЮА. Когнитивные и эмоциональные нарушения у больных с артериальной гипертензией. *Неврологический журнал*. 2006;11(S1):47-52. [Parfenov VA, Ryzhak AA, Starchina YuA. Cognitive and emotional disorders in patients with arterial hypertension. *Nevrologicheskii zhurnal*. 2006;11(S1):47-52. (In Russ.)].
12. Petersen RC. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of internal medicine*. 2004;256(3):183-194.
13. Волець БА. Инволюционная истерия: аспекты клиники, психосоматические корреляции, терапия. *Психические расстройства в общей медицине*. 2007;(3):50-4. [Volel' BA. Involutional hysteria: aspects of the clinic, psychosomatic correlation, therapy. *Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine*. 2007;(3):50-4. (In Russ.)].
14. Вейн АМ, редактор. *Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика*. Москва: МИА; 2000. 752 с. [Vein AM, editor. *Vegetativnye rasstroistva: klinika, lechenie, diagnostika* [Vegetative disorders: clinic, treatment, diagnosis]. Moscow: MIA; 2000. 752 p.]
15. S Sierra C, Domenech M, Camafort M, Coca A. Hypertension and Mild Cognitive Impairment. *Curr Hypertens Rep*. 2012 Dec;14(6):548-55. doi: 10.1007/s11906-012-0315-2.
16. Смудевич АБ, Волець БА, Терновая ЕС, Никитина ЮМ. Применение препарата пантогам актив (D-, L-гопантеновая кислота) в терапии когнитивных и тревожных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;115(12):40-9. [Smulevich AB, Volel' BA, Ternovaya ES, Nikitina YuM. Pantogam activ (D-, L-hopan-tenic acid) in the treatment of cognitive and anxiety disorders in patients with arterial hypertension. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova*. 2015;115(12):40-9. (In Russ.)].
17. Фильц ОА. Клинико-генеалогическое исследование истерической психопатии. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва; 1987. [Fil'ts OA. Clinical-genealogical study of hysterical psychopathy. Autoref. diss. cand. med. sci. Moscow; 1987.]
18. Kretschmer E. Hysterie. Berlin:orschlag; 1928.
19. Поляковская ТП. Инволюционная истерия. Дисс. канд. мед. наук. Москва; 2011. [Polyakovskaya TP. Involutional hysteria. Diss. cand. med. sci. Moscow; 2011.]
20. Сиренко ЮН, Рековец ОЛ, Кушнир СН, Торбас Е. Сравнительная эффективность эналаприла и периндоприла по влиянию на центральное артериальное давление и упруго-эластические свойства артерий у пациен-тов с мягкой и умеренной артериальной гипертензией. *Артериальная гипертензия*. 2016;(2):101-12. [Sirenko YuN, Rekovets OL, Kushnir SN, Torbas E. Comparative Efficiency of Enalapril and Perindopril in Terms of the Effect on Central Blood Pressure and Elastic Properties of Arteries in Patients with Mild to Moderate Hypertension. *Arterial'naya gipertenziya*. 2016;(2):101-12. (In Russ.)].
21. Brugs J, Bertrand M, Remme W, et al. The treatment benefit of the ace-inhibitor perindopril on top of beta-blocker therapy in patients with vascular disease and hypertension. *Journal of Hypertension*. 2017;35:e37.
22. Mago R, Tripathi N, Andrade C. Cardiovascular adverse effects of newer antidepressants. *Expert Rev Neurother*. 2014 May;14(5):539-51. doi: 10.1586/14737175.2014.908709. Epub 2014 Apr 17.
23. Deardorff WJ, Grossberg GT. The Pharmacology and Clinical Use of the Antidepressants Vilazodone, Levomilnacipran, and Vortioxetine for Depression in the Elderly. *Expert Opin Pharmacother*. 2014 Dec;15(17):2525-42. doi: 10.1517/14656566.2014.960842. Epub 2014 Sep 16.
24. Baldwin DS, Florea I, Jacobsen PL, et al. A meta-analysis of the efficacy of vortioxetine in patients with major depressive disorder (MDD) and high levels of anxiety symptoms. *J Affect Disord*. 2016 Dec;206:140-150. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.015. Epub 2016 Jul 7.

Поступила 10.10.2018

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование проведено при поддержке ООО «Лундбек Рус». Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.