

А.В. Лебедева¹, Э.Г. Меликян², А.Б. Гехт¹¹Кафедра неврологии и нейрохирургии №1 лечебного факультета ГОУ ВПО РГМУ,²кафедра неврологии с курсом нейрохирургии ИУВ ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова», Москва

Терапия депрессии у больных фокальной эпилепсией (опыт применения циталопрама)

Цель исследования — оценка эффективности, переносимости и безопасности использования циталопрама (прам, «Ланнахер Хайльмиттель», Австрия) в лечении депрессивных расстройств у взрослых пациентов с симптоматической или криптогенной (предположительно симптоматической) фокальной эпилепсией.

Пациенты и методы. Обследован 121 пациент с симптоматической или криптогенной (предположительно симптоматической) фокальной эпилепсией, у 24 пациентов были выявлены симптомы депрессии различной степени выраженности. В качестве скринингового теста на наличие симптомов депрессии и тревоги использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). С целью терапии депрессивного расстройства назначали циталопрам внутрь. Для определения эффективности проводимой терапии и динамики показателей использовали шкалу Гамильтона для оценки депрессии (HDRS). Качество жизни оценивали по специальному опроснику QOLIE-31. Длительность наблюдения составила 12 нед.

Результаты и их обсуждение. В исследование вошли 24 пациента (14 женщин и 10 мужчин). Средний возраст составил $47,5 \pm 7,6$ года, длительность эпилепсии — $9,71 \pm 3,15$ года. По шкале HADS при первом визите отмечалось выраженное преобладание симптомов тревоги: средний балл по подразделу «тревога» составил $13,38 \pm 2,15$, по подразделу «депрессия» — $11,19 \pm 3,28$. После лечения циталопрамом средний балл по подразделам «тревога» и «депрессия» снизился до $6,19 \pm 2,60$ и $7,58 \pm 1,86$ соответственно. Средний балл по шкале депрессии Гамильтона при первом визите составил $21,73 \pm 3,19$, через 30 дней после начала лечения циталопрамом — $14,60 \pm 2,19$, через 12 нед — $11,18 \pm 2,33$. При анализе динамики показателей качества жизни по шкале QOLIE-31 на фоне терапии циталопрамом выявлено достоверное увеличение суммарного балла через 2 и 3 мес лечения при неизменной противосудорожной терапии. Выявлена обратная связь между суммарным баллом качества жизни по шкале QOLIE-31 и степенью выраженности депрессии по шкале Гамильтона ($r = -0,94$, $p < 0,05$) до начала терапии и через 12 нед лечения циталопрамом ($r = -0,92$, $p < 0,05$). Ни у одного пациента не отмечалось учащения приступов.

Выводы. На фоне приема селективного ингибитора обратного захвата серотонина циталопрама у больных с фокальной эпилепсией регрессировали симптомы депрессии и тревоги, улучшилось качество жизни. При этом ни у одного пациента не отмечалось учащения приступов. Побочные эффекты терапии были малочисленны и кратковременны и не требовали отмены препарата.

Ключевые слова: эпилепсия, депрессия, эмоциональные расстройства, качество жизни.

Контакты: Анна Валерьяновна Лебедева av_lebedeva@mail.ru

Therapy of depression in patients with focal epilepsy: experience with citalopram use

A.V. Lebedeva¹, E.G. Melikyan², A.B. Gekht¹

¹Neurology and Neurosurgery Department One, Therapeutic Faculty, Russian State Medical University,

²Department of Neurology with Neurosurgery Course of Neurology, N.I. Pirogov National Medical Surgical Center, Moscow

Objective: to evaluate the efficacy, tolerability, and safety of citalopram (pram, «Lannacher Heilmittel, Austria) used to treat depressive disorders in adult patients with symptomatic or cryptogenic (presumptively symptomatic) focal epilepsy.

Subjects and methods. One hundred and twenty-one patients with symptomatic or cryptogenic (presumptively symptomatic) focal epilepsy were examined; 24 patients were found to have varying symptoms of depression. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used as a screening test for the symptoms of depression and anxiety. Citalopram was given orally for the treatment of depressive disorder. The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) was used to evaluate the efficiency of the performed therapy and to estimate the time course of changes in parameters. Quality of life was estimated by the special QOLIE-31 questionnaire. The duration of the follow-up was 12 weeks.

Results. The study enrolled 24 patients (14 women and 10 men). Their mean age was 47.5 ± 7.6 years; the duration of epilepsy was 9.71 ± 3.15 years. The first visit showed a pronounced preponderance of the symptoms of anxiety according to the HADS: the mean scores for anxiety and depression were 13.38 ± 2.15 and 11.19 ± 3.28 , respectively. After citalopram therapy, the mean scores for anxiety and depression decreased to 6.19 ± 2.60 and 7.58 ± 1.86 , respectively. During the first visit, the mean Hamilton depression score was 21.73 ± 3.19 and that was 14.60 ± 2.19 and 11.18 ± 2.33 after 30 days and 12 weeks of citalopram therapy, respectively. Analysis of the time course of changes in quality of life indicators during citalopram therapy, by applying the QOLIE-31 scale, revealed a significant increase in their total scores 2 and 3 months following the treatment with unchanged antiepileptic therapy. There was an inverse correlation between the total QOLIE-31 score for quality of life and the degree of depression rated by HDRS ($r = -0.94$, $p < 0.05$) prior to and 12 weeks after citalopram therapy ($r = -0.92$, $p < 0.05$). No increases in the number of episodes were found in any of the patients.

Conclusions. By using the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram, the patients with focal epilepsy showed a regression in the symptoms of depression and anxiety and an improvement in the quality of life. At the same time none patient was found to have any increases in the number of attacks. The side effects of the therapy were few and short-time and required no drug discontinuation.

Key words: epilepsy, depression, emotional disorders, quality of life.

Contact: Anna Valeryanovna Lebedeva av_lebedeva@mail.ru

Депрессия является наиболее распространенным коморбидным расстройством у больных с различными заболеваниями — сердечно-сосудистыми, нервной системы, онкологической патологией, сахарным диабетом и др. По данным ВОЗ, к 2020 г. депрессия выйдет на 2-е место по частоте после сердечно-сосудистых заболеваний [1, 2]. Более чем 100 млн человек в мире имеют симптомы депрессии различной степени выраженности и нуждаются в адекватной медицинской помощи [3].

Исследования, посвященные эмоциональным нарушениям у больных эпилепсией, малочисленны и противоречивы. Встречаемость депрессии при эпилепсии, по данным ряда авторов [4–9], колеблется от 6 до 50%. Столь значительный разброс показателей обусловлен неоднородностью групп пациентов, использованием различных критериев депрессии и зависит от формы эпилепсии, частоты эпилептических приступов, противоэпилептической терапии и ряда других факторов. У пациентов с контролируруемыми приступами депрессия выявляется в 3–9% случаев, в то время как у пациентов с сохраняющимися, несмотря на проводимую противоэпилептическую терапию, приступами — в 20–55% [1, 2, 4, 10–13].

Выявление симптомов депрессии и своевременное начало адекватной терапии позволяют избежать социальной дезадаптации, а в случае обнаружения симптомов депрессии у больных эпилепсией — не допустить нарушения режима противоэпилептической терапии и возникновения спровоцированных приступов. Однако аффективная симптоматика в форме депрессии у больных эпилепсией встречается достаточно часто, но на практике эти состояния выявляются редко из-за размытости их клинических и психопатологических проявлений. Особый клинический интерес представляют симптомы депрессии, которые возникают в интериктальном периоде (интериктальная депрессия), так как они влияют на качество жизни пациента. У больных эпилепсией депрессия чаще всего начинается с размытой многообразной симптоматики. В целом выделяют следующие основные симптомы: лабильные депрессивные симптомы в виде депрессивного настроения и анергии, страха, тревоги, болевую симптоматику, инсомнию и предположительно «специфические» симптомы в виде пароксизмальной раздражительности и эйфории, собственно депрессию, снижение аппетита и либидо, а зачастую и нарушения памяти и внимания [14–16].

Необходимость назначения антидепрессантов при наличии отдельных симптомов депрессии или тревоги в настоящее время дискутируется. Однако комплекс симптомов, который соответствует депрессии легкой и средней степени тяжести, требует назначения антидепрессантов. Пациенты с тяжелыми депрессивными расстройствами, суицидальными мыслями и попытками в анамнезе, биполярными аффективными расстройствами, эпилептическими психозами должны наблюдаться психиатром, а не неврологом [1, 5, 10, 11, 17, 18].

Выбор препарата для коррекции симптомов депрессии зависит от применяемых противоэпилептических препаратов, режима терапии, возможного взаимодействия противоэпилептических препаратов и антидепрессанта. Таким образом, препарат, назначаемый пациентам с эпилепсией и симптомами депрессии, должен обладать хорошим профилем переносимости, минимальными лекарственным взаимодействием и побочными эффектами [1, 4, 11].

Согласно одной из основных теорий, депрессия возникает у пациента при дефиците одного из основных биогенных аминов — серотонина, дофамина или норадреналина. Наибольшее развитие получила концепция возникновения депрессии при дефиците серотонина. Серотонин отвечает за хорошее настроение (собственно тимоаналептический эффект), контролирует импульсивные влечения и половое поведение, снижает уровень агрессивности, участвует в регуляции сна и аппетита, уменьшает чувствительность к боли [19, 20]. Множество данных свидетельствует о том, что нарушения обмена серотонина, норадреналина, дофамина, ГАМК и глутамата играют роль в патогенезе как эпилепсии, так и депрессии. Такие нарушения рассматриваются как важнейший патогенетический механизм эмоциональных расстройств и являются основой для развития эффекта антидепрессантов. Более того, снижение серотонинергической и норадренергической активности усиливает процессы повреждения в фокусе, тяжесть приступов, а также повышает предрасположенность к развитию приступов в некоторых моделях эпилепсии у животных. По экспериментальным данным, повышение уровня норадреналина и/или серотонина может предотвратить развитие приступа, в то время как снижение содержания серотонина и норадреналина оказывает обратное действие. Например, препараты, которые нарушают высвобождение и синтез норадреналина или серотонина, провоцируют развитие приступов у крыс [4].

Подход к лечению депрессии у больных эпилепсией в настоящее время недостаточно разработан. Опубликованы единичные работы, посвященные применению антидепрессантов у пациентов с эпилепсией и депрессией. Это обусловлено тем, что при лечении таких больных необходимо учитывать множество факторов, в первую очередь взаимодействие противоэпилептических препаратов и антидепрессантов. Есть данные [4, 20], свидетельствующие о том, что при применении флуоксетина и циталопрама отмечались незначительное снижение частоты приступов и редукция симптомов депрессии.

В 2007 г. опубликован анализ исследований, посвященных влиянию психотропных препаратов на частоту эпилептических приступов. Были проанализированы результаты II и III фаз двойных слепых плацебоконтролируемых исследований, проведенных в 1984–2004 гг. В них участвовало более 75 тыс. пациентов. Было выявлено, что такие препараты, как клобазам и оланзапин, могут отрицательно влиять на частоту спровоцированных приступов у больных эпилепсией. При применении алпразолама у больных отмечалась тенденция к учащению приступов. В случае использования селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) для терапии депрессии у больных эпилепсией с сохраняющимися приступами отмечено достоверное снижение их частоты.

Таким образом, особый интерес для лечения депрессивных расстройств у пациентов с эпилепсией представляют СИОЗС, которые относятся ко II поколению антидепрессантов: флувоксамин, флуоксетин, сертралин, пароксетин, циталопрам и эсциталопрам. Благодаря тому, что препараты данной группы воздействуют лишь на одну нейромедиаторную систему, они имеют меньше побочных эффектов, чем препараты, воздействующие на несколько

нейромедиаторных систем (норадренергическую, дофаминергическую). СИОЗС обладают минимальным аффинитетом к гистаминовым, мускариновым и адренергическим рецепторам, моноаминоксидазе. Этим объясняются минимальное количество побочных реакций, хорошая переносимость препаратов этой группы. Механизм действия СИОЗС заключается в блокаде обратного захвата серотонина, который является естественным процессом сохранения нейромедиатора, и регуляции количества свободного нейромедиатора в синаптической щели, что в итоге обеспечивает адекватную передачу нервного импульса через синаптическую щель.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности, переносимости и безопасности использования циталопрама для лечения депрессивных расстройств у взрослых пациентов с симптоматической или криптогенной (предположительно симптоматической) фокальной эпилепсией.

Пациенты и методы. Обследован 121 пациент с симптоматической или криптогенной (предположительно сим-

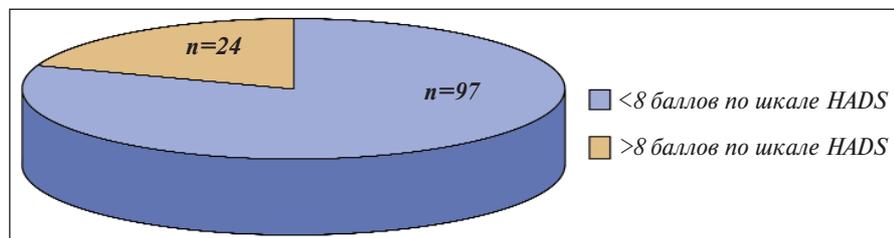


Рис. 1. Доля больных с симптомами депрессии и тревоги по скрининговой шкале HADS

птоматической) фокальной эпилепсией, у 24 пациентов были выявлены симптомы депрессии различной степени выраженности. Все больные получали противоэпилептическую терапию.

Пациенты имели клиническую картину депрессивных расстройств легкой и средней степени тяжести по диагностическим критериям МКБ-10. У 1 пациента выявлена депрессия тяжелой степени тяжести, он высказывал суицидальные мысли и был направлен на консультацию и дальнейшее лечение к психиатру.

Критериями исключения являлись: депрессия тяжелой степени выраженности (>25—26 баллов по шкале депрессии Гамильтона), тяжелая деменция (<24 баллов по краткой шкале оценки психического статуса — КШОПС). В исследование не включали беременных и кормящих женщин, пациентов с тяжелой почечной или печеночной недостаточностью, психотическими расстройствами в анамнезе, с тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, суицидальными наклонностями, а также принимавших ингибиторы МАО в течение 3 мес до начала исследования.

В исследование вошли 24 пациента (14 женщин и 10 мужчин) с симптомами депрессии различной степени тяжести. Средний возраст больных составил $47,5 \pm 7,6$ года, длительность заболевания — $9,71 \pm 3,15$ года.

Для терапии депрессивного расстройства пациентам назначали препарат прам (циталопрам, «Ланнахер Хайльмиттель», Австрия) внутрь, 1 раз в сутки утром, перед едой. Длительность наблюдения — 12 нед. Суточная доза в первые

3—5 дней составляла 10 мг с последующим ее повышением до 20 мг/сут. В период терапии циталопрамом противоэпилептическая терапия не изменялась.

Для оценки эффективности лечения и динамики показателей использовали следующие шкалы: шкалу Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) [21], госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) [22]. В качестве скрининг-теста на наличие симптомов депрессии и тревоги, позволяющего оценить эти симптомы отдельно, использовали шкалу HADS, состоящую из 14 утверждений, которым соответствуют 4 варианта ответов в зависимости от тяжести симптома: 0 (отсутствие симптома) — 3 (максимальная его выраженность). Сумма баллов от 0 до 7 — «норма», отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии (критерий исключения); 8—10 — субклинически выраженная тревога/депрессия; ≥ 11 — клинически выраженная тревога/депрессия (рис. 1, 2).

Для оценки степени тяжести депрессии в динамике использовали шкалу Гамильтона. Тяжесть депрессии определяли по сумме баллов: 14—17 — легкая депрессия; 18—25 — депрессия средней степени тяжести (умеренная депрессия); >25 — тяжелая депрессия (критерий исключения). Диагноз эпилепсии и типа эпилептических приступов соотносили с международной классификацией эпилепсий (ILAE, 1981) и эпилептических припадков (ILAE, 1989).

С целью оценки частоты и типа приступов анализировали данные индивидуальных дневников пациентов.

Для оценки качества жизни пациентов использовали специфические шкалы QOLIE-31 [23].

Результаты и их обсуждение. У 16 пациентов наблюдалась симптоматическая парциальная эпилепсия: у 6 — медиальный гиппокампальный склероз, у 4 — посттравматическая эпилепсия, у 2 — кортикальные дисплазии, у 2 — последствия перенесенной нейроинфекции, у 1 — синдром «двойной коры» (болезнь нарушения миграции нейронов), у 1 — киста височной доли. У 8 пациентов была криптогенная (предположительно симптоматическая) фокальная эпилепсия. Генез эпилепсии подтвержден методами нейровизуализации (магнитно-резонансная томография — МРТ — головного мозга). У пациентов с криптогенной эпилепсией очаговые изменения на МРТ не выявлены.

Эпилептогенный очаг локализовался в левом полушарии у 18 пациентов, в правом — у 6.

У 14 пациентов отмечались сложные парциальные приступы с изменением сознания с наличием или без вторичной генерализации, у 4 — простые моторные приступы с наличием или без вторичной генерализации, у 6 — вторично-генерализованные тонико-клонические приступы.

Особенностью данной группы больных была высокая частота приступов — до нескольких раз в неделю. Частота приступов варьировала от 1—2 в неделю до 1—2 в месяц. По дневникам частоты приступов у 10 пациентов отмечалось 1—2 приступа в неделю, у 6 — 2 приступа в месяц, у 8 — 1 приступ в месяц.

Все пациенты принимали противоэпилептические препараты. Монотерапию препаратами первого ряда получали 14 пациентов: 4 — карбамазепин (финлепсин ретард), 6 — препараты вальпроевой кислоты (депакин хроно, конвулекс пролонгированный, депакин энтерик), 4 — ламотриджин (ламиктал, ламолеп). Два препарата получали 10 пациентов: 3 — вальпроат и топирамат (топамакс), 2 — леветирацетам (кеппра) и ламотриджин (ламиктал), 5 — карбамазепин (финлепсин ретард) и вальпроат (депакин хроно, конвулекс пролонгированный). Противоэпилептические препараты назначали в средних терапевтических дозах под контролем их содержания в плазме крови.

При оценке неврологического статуса у 5 пациентов выявлена асимметрия сухожильных и периостальных рефлексов, у 1 — положительные патологические стопные знаки (симптом Бабинского).

При оценке когнитивных функций по КШОПС ни у одного пациента не выявлено признаков деменции (средний балл — $27,88 \pm 1,23$). Средний балл по шкале депрессии Гамильтона при первом визите составил $21,73 \pm 3,19$, у 19 пациентов диагностирована умеренная депрессия, у 5 — легкая.

Необходимо отметить, что при отдельной оценке симптомов тревоги и депрессии по шкале HADS при первом визите отмечалось выраженное преобладание симптомов тревоги: средний балл по подразделу «тревога» — $13,38 \pm 2,15$, по подразделу «депрессия» — $11,19 \pm 3,28$ (см. рис. 2).

При анализе проявлений депрессии выявлено, что у пациентов преобладали такие симптомы, как депрессивное настроение (подавленность, беспомощность, чувство безнадежности и собственной ничтожности). Пациенты считали, что являются обузой для родных (жен, мужей, детей). Больные, которые не состояли в браке, опасались, что навсегда останутся одинокими, боялись иметь детей. Подобные жалобы, свидетельствующие о депрессивном настроении, чаще выявлялись при беседе с пациентами, реже проявлением депрессии были грустное выражение лица, тихий монотонный голос. Часто больные отмечали нарушение сна (беспокойный сон в течение ночи или частые пробуждения). Более половины обследованных предъявляли жалобы на снижение трудоспособности, постоянное чувство усталости, замедленность мышления и речи, а также нарушение способности концентрировать внимание. Большинство пациентов критически относились к своему состоянию и связывали данные жалобы с основным заболеванием. Диагностическая оценка данных симптомов весьма затруднительна, поскольку часть симптомов может быть связана как собственно с депрессивными нарушениями, так и с действием противоэпилептических препаратов, особенно при политерапии. У 18 пациентов были выражены симптомы психической и соматической

тревоги, в том числе ощущение постоянного напряжения и раздражительность, множественные соматические жалобы, в первую очередь на различные ощущения в области сердца, желудочно-кишечного тракта, частые головные боли, гипергидроз. У женщин (80%) преобладали симптомы тревоги, у мужчин — сниженный фон настроения, заторможенность и снижение либидо.

При анализе динамики состояния пациентов при втором визите выявлено, что у 7 из них отмечались незначительно выраженные побочные эффекты, причем эти симптомы выявлены при активном опросе пациентов. У 4 больных в первые дни лечения циталопрамом через 2—3 ч после приема препарата отмечалась легкая сонливость, у 1 пациентки — тошнота, еще у 1 — тремор рук (принимает карбамазепин в дозе 1600 мг). У 1 пациента тремор рук усилился (легкий тремор у него отмечался и до терапии циталопрамом на фоне приема вальпроата в сочетании с карбамазепином). Поскольку данные симптомы могли быть следствием приема противоэпилептических препаратов, трудно оценить их связь с исследуемым препаратом. Зарегистрированные «новые» симптомы были кратковременны (до 7 дней). Лишь у 1 пациента в дальнейшем сохранялась легкая сонливость, что не потребовало отмены препарата.

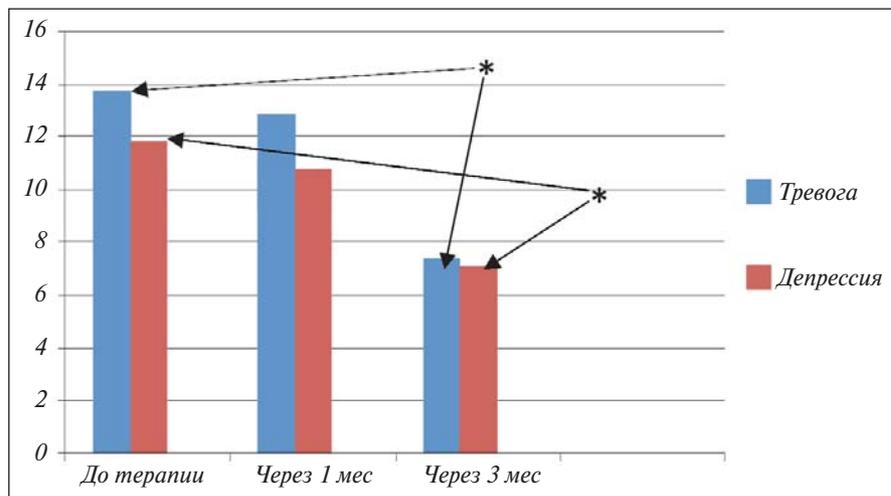


Рис. 2. Оценка степени выраженности тревоги и депрессии (в баллах) по шкале HADS на фоне лечения циталопрамом (грам).
Здесь и на рис. 3, 4: * — $p < 0,001$

При оценке состояния пациентов по шкалам депрессии Гамильтона и госпитальной шкале тревоги и депрессии достоверных изменений через 2 нед лечения не выявлено. Ни у одного пациента не отмечено увеличения частоты эпилептических приступов.

Через 1 мес лечения выявлено статистически достоверное уменьшение симптомов депрессивных расстройств у всех пациентов. Общий балл по шкале депрессии Гамильтона составил $14,60 \pm 2,19$. При отдельной оценке подшкал «тревога» и «депрессия» по госпитальной шкале тревоги и депрессии отмечено достоверное снижение показателей по подшкале «тревога» до $6,19 \pm 2,60$ балла, по подшкале «депрессия» до $7,58 \pm 1,86$ балла.

В результате анализа симптомов депрессии по шкале Гамильтона через 2 мес лечения достоверных раз-

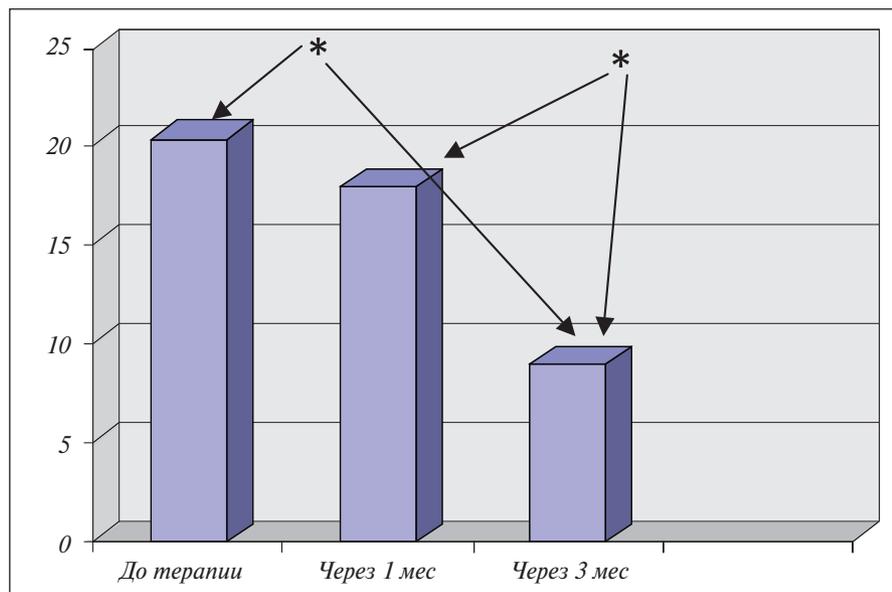


Рис. 3. Оценка степени выраженности депрессии по шкале HDRS на фоне лечения циталопрамом (прам)

Суммарный балл по шкале качества жизни QOLIE-31 у больных эпилепсией на фоне лечения прамом

QOLIE-31	До лечения (1)	Через 2 нед (2)	Через 2 мес (3)	Через 3 мес (4)	p
Качество жизни, баллы	44,15 ± 5,84	46,13 ± 5,29	49,80 ± 2,55	51,89 ± 6,38	p ₁₋₃ =0,001 p ₁₋₄ =0,0001

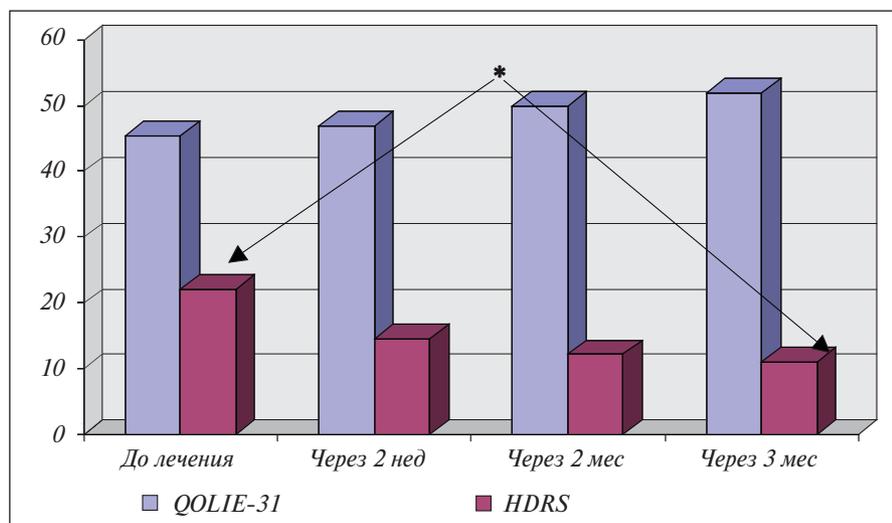


Рис. 4. Оценка степени выраженности депрессии по шкалам HDRS и QOLIE-31 на фоне лечения циталопрамом (прам)

личий с данными, полученными через 1 мес лечения, не выявлено. По сравнению с данными, полученными че-

рез 2 и 4 нед, определялось достоверное уменьшение общего показателя по шкале депрессии Гамильтона до 11,18±2,33 балла (рис. 3). По данным шкалы самооценки у 15 пациентов состояние нормализовалось. Отметили значительное улучшение состояния 7 пациентов и незначительное улучшение — лишь 2. Субъективное ухудшение состояния не наблюдалось ни в одном случае.

Для изучения возможного влияния циталопрама на частоту эпилептических приступов проанализированы индивидуальные дневники пациентов за каждый период наблюдения. При этом ни у одного пациента не отмечалось учащения приступов.

При анализе динамики показателей качества жизни по шкале QOLIE-31 на фоне терапии циталопрамом вы-

явлено достоверное увеличение суммарного балла через 2 и 3 мес после начала терапии при неизменной противосудорожной терапии (см. таблицу, рис. 4). Отмечена обратная взаимосвязь суммарного балла по шкале качества жизни и степени выраженности депрессии по шкале Гамильтона ($r=-0,94$; $p<0,05$) до начала терапии циталопрамом и через 12 нед лечения ($r=-0,92$; $p<0,05$).

Анализ полученных данных показал, что на фоне приема СИОЗС прам у больных фокальной эпилепсией регрессировали симптомы депрессии и тревоги, улучшилось качество жизни. Побочные эффекты при терапии прамом были малочисленны и кратковременны и не потребовали отмены препарата. Прам не оказывал влияния на частоту эпилептических приступов, ни у одного пациента не отмечалось учащения приступов.

Л И Т Е Р А Т У Р А

- Гехт А.Б., Авакян Г.Н., Гусев Е.И. Современные стандарты диагностики и лечения эпилепсии в Европе. Журн неврол и психиатр им. С.С. Корсакова 1999;7:4—7.
- Kanner A.M., Balabanov A. Depression and epilepsy: how closely related are they?

- Neurology 2002;58;8 (Suppl. 5):S27—39.
- Аведисова А. С. Общие вопросы психофармакотерапии психогений в результате действия экстремальных факторов. Рос психиатр журн 2003;2:5—17.
- Лебедева А.В., Билалова П.И., Гехт А.Б.

- и др. Особенности эмоциональных нарушений у больных эпилепсией. Журн неврол и психиатр им. С.С. Корсакова 2009;11:52.
- Bary J., Lembke A., Huynh N. Affective disorders in epilepsy. Psychiatric issues in epilepsy. A practical guide to diagnosis and treatment.

Прам®

Антидепрессант может быть идеальным!

- ◆ *Минимум побочных эффектов*
- ◆ *Не влияет на вес тела*
- ◆ *Не усиливает действие алкоголя*
- ◆ *Не влияет на способность управлять автомобилем*
- ◆ *Безопасность взаимодействия с другими препаратами*
- ◆ *Раннее наступление эффекта – на первой неделе лечения*
- ◆ *Высокое австрийское качество, доступная цена*



LANNACHER

- 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. Тювина¹, В.А. Люсов², С.Н. Молчанов², Д.Б. Гаева²

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

²кафедра 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

Depressions in patients with essential hypertension complicated by chronic heart failure

N.A. Tyuvina¹, V.A. Lyusov², S.N. Molchanov², D.B. Gayeva²

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

²Hospital 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 pyrazidole. 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

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-