

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ДЕПРЕССИЕЙ

Х.С. СУЛТОНОВ¹, Х.Ё. ШАРИПОВА¹, Г.М. НЕГМАТОВА², А.А. ШЕРБАДАЛОВ¹, Ф.Н. АБДУЛЛОЕВ^{1,3},
О.С. НУРУЛЛОЕВ^{1,3}

¹ Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

² Кафедра внутренних болезней № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

³ Отделения неврологии и кардиоревматологии, Городской медицинский центр № 2 им. академика К.Т. Таджиева, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: сравнительная оценка эффективности стандартной и сочетанной с антидепрессантами терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН), протекающей с депрессией, у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: проведена оценка эффективности стандартной терапии ХСН у больных с отсутствием (I группа) и наличием депрессивных расстройств (II группа), и комбинированной с антидепрессантами (пароксетином) стандартной терапии ХСН, протекающей с депрессией (III группа). В динамике изучены клинические показатели и структурные параметры миокарда и сосудов.

Результаты: у больных с депрессией, не получающих антидепрессанты, недостаточное снижение депрессии сопровождается низкой приверженностью лечению и значимо высоким АД. Несмотря на высокую эффективность стандартной терапии ХСН, сочетанной с антидепрессантом (значимое улучшение структурных параметров миокарда, снижение депрессии и повышение приверженности лечению), приверженность лечению значимо ниже, чем у больных с изначальным отсутствием депрессии.

Заключение: при отсутствии депрессии стандартная терапия ХСН у мужчин среднего возраста с АГ, значительно улучшает клинико-гемодинамические показатели и снижает выраженность ХСН. На фоне депрессии эффективность терапии ХСН (без антидепрессанта) – ниже: уровень депрессии, индекс массы миокарда левого желудочка и толщина интима-медиа значительно выше, а приверженность лечению и отношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения (Е/А) – ниже, чем в группах сравнения. Сочетанная с пароксетином стандартная терапия ХСН у мужчин среднего возраста с депрессией, эффективно снижает выраженность депрессии и ХСН, повышает приверженность лечению, улучшает структурные параметры сердца. Вместе с тем, приверженность лечению значимо ниже, чем у больных, у которых изначально отсутствовала депрессия, что диктует необходимость разработки действенных мер профилактики депрессии у больных с риском развития ХСН.

Ключевые слова: мужской пол, средний возраст, хроническая сердечная недостаточность, гипертоническая болезнь, депрессия, терапия антидепрессантами.

Для цитирования: Султонов ХС, Шарипова ХЁ, Негматова ГМ, Шербалалов АА, Абдуллоев ФН, Нуруллоев ОС. Лечение хронической сердечной недостаточности у мужчин среднего возраста с депрессией. *Вестник Авиценны*. 2019;21(1):48-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-1-48-54>.

TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE IN MIDDLE-AGED MEN WITH DEPRESSION

Kh.S. SULTONOV¹, Kh.YO. SHARIPOVA¹, G.M. NEGMATOVA², A.A. SHERBADALOV¹, F.N. ABDULLOEV^{1,3}, O.S. NURULLOEV^{1,3}

¹ Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

² Department of Internal Diseases № 1, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

³ Departments of Neurology and Cardiorheumatology, City Medical Center № 2 named after Academician K.T. Tajiev, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: Comparative assessment of the efficiency of standard and combined antidepressant therapy of chronic heart failure (CHF), flowing depression in middle-aged men with mild and moderate arterial hypertension (AH).

Methods: Evaluation of the effectiveness of CHF treatment in patients with absence (Group I) and the presence of depressive disorders (Group II) and combined with antidepressants (paroxetine) of standard therapy for CHF occurring with depression (Group III) was spent. Clinical indices and structural parameters of the myocardium and vessels are studied in the dynamics.

Results: In patients with depression not receiving antidepressants, the lack of depression is accompanied by low adherence to treatment and the meaningful by high BP. Despite the high efficacy of standard CHF treatment, the combination with an antidepressant (the importance of improving the structural parameters of the myocardium, reduction of depression and increased adherence to treatment), adherence to treatment is significantly lower than in patients with initial absence of depression.

Conclusions: In the absence of depression, standard CHF therapy in middle-aged men with hypertension significantly improves the hemodynamic parameters and the reduced severity of heart failure. Against the background of depression, the effectiveness of CHF treatment (without an antidepressant) is lower: the level of depression, the left ventricular myocardial mass index, and intima-media thickness are much higher, treatment adherence and the ratio of maximum speeds of early and late filling (E/A) are lower than in comparison groups. Combined with paroxetine, standard CHF therapy in middle-aged men with depression, mild depression, and CHF, increases adherence to treatment, improves the structural parameters of the heart. However, adherence to the treatment is meaningful low than in patients who initially lacked depression, which dictates the need to develop effective measures to prevent depressions in patients with the risk of developing CHF.

Keywords: Male sex, middle age, chronic heart failure, hypertension, depression, antidepressant therapy.

For citation: Sulstonov KhS, Sharipova KhYo, Negmatova GM, Sherbadalov AA, Abdulloev FN, Nurulloev OS. Lechenie khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti u muzhchin srednego vozrasta s depressiey [Treatment of chronic heart failure in middle-aged men with depression]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2019;21(1):48-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-1-48-54>.

ВВЕДЕНИЕ

Рост распространённости хронической сердечной недостаточности (ХСН) и депрессивных расстройств, особенно на фоне ХСН [1, 2], способствовали тому, что в последние годы ХСН находится в центре внимания исследователей, занимающихся проблемой депрессии [3, 4]. Особый интерес представляет своевременная диагностика и замедление прогрессирующего течения ХСН, возникающей на фоне малосимптомной мягкой и умеренной артериальной гипертонии (АГ), у мужчин среднего возраста [5-9]. Большая частота депрессии среднего возраста у мужчин с учётом данных, рассматривающих депрессию как новый фактор риска и предиктор коронарной смерти [3, 10], указывает, что разработка подходов эффективной профилактики и терапии ХСН у мужчин трудоспособного среднего возраста с депрессией представляет важную медицинскую и социальную проблему [11-13].

При терапии депрессивных расстройств у больных кардиологического профиля препаратами выбора являются антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), что связано с их эффективностью и практически отсутствием негативных побочных эффектов [2, 14]. Особенности влияния стандартной терапии ХСН на фоне АГ, протекающей с депрессией, и сочетанной с антидепрессантами терапии на течение ХСН у мужчин среднего возраста недостаточно изучены. Решение данного вопроса будет способствовать оптимизации ведения этой категории больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительная оценка эффективности стандартной и сочетанной с антидепрессантами терапии ХСН, протекающей с депрессией, у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Городского медицинского центра № 2 им. академика К.Т. Таджиева г. Душанбе.

Критерии включения: мужчины в возрасте 45-64 лет, клинические проявления ХСН I-III ФК на фоне мягкой или умеренной АГ (I-II степени), подобранная поддерживающая стандартная терапия ХСН на фоне АГ (и/или ИБС), информированное согласие больного на участие в исследовании.

Критерии исключения: тяжёлые мнестические и психические нарушения, острое нарушение коронарного и мозгового кровообращения в ближайшие 6 месяцев, органическое поражение ЦНС, тяжёлые соматические заболевания (почечная и печёночная недостаточность, сахарный диабет и другие).

В исследование включены 110 мужчин среднего возраста с клиническими проявлениями I-III ФК ХСН на фоне мягкой и умеренной АГ. 38 пациентов, у которых отсутствовали психические расстройства депрессивного ряда, составили I группу. II группу составили 36 пациентов с синдромом депрессии разной степени, которым не проводилась медикаментозная антидепрессивная терапия. 36 пациентов с депрессией, получившие медикаментозную терапию депрессии, составили III группу. Группы сравнения были сопоставимы по возрасту, частоте степеней АГ, сопутствующей ИБС и по частоте функциональных классов ХСН.

Всем пациентам в зависимости от выраженности и в соответствии с характером клинических проявлений ХСН и АГ при стационарном лечении была подобрана поддерживающая стан-

дартная терапия ХСН на фоне АГ, согласно Российским Национальным рекомендациям ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвёртый пересмотр) [15].

Пациентам III группы на фоне депрессии проведено стандартное лечение ХСН, сочетанное с антидепрессивной фармакотерапией (пароксетин, в среднем $15,3 \pm 1,3$ мг/сут). Исходно и к концу наблюдения (через 24 недели) у всех больных проводилось исследование профиля АД, выраженности ХСН по шкале оценки клинического состояния (ШОКС), толерантность к физической нагрузке (при помощи теста 6-минутной ходьбы – ТШХ) и приверженность к лечению (по опроснику Morisky D.E. et al., в модификации Carter B.L. et al.). Оценка выраженности депрессивных расстройств проводилась по шкале депрессии Гамильтона М. (Hamilton Rating Scale for Depression – HDRS), как наиболее распространённому инструменту для оценки эффективности антидепрессантов в клинической практике [16].

Структурно-функциональные параметры сердца изучены на эхокардиографе «Acuson» 128 XP/10 [17]. Определялись индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), фракция выброса ЛЖ; при дуплексном сканировании определена толщина интима-медиа (ТИМ) брахиоцефальных артерий. Диастолическая функция левого желудочка оценена по соотношению пиков максимальной скорости трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения ЛЖ (пик Е, м/с) к максимальной скорости трансмитрального кровотока в систолу предсердия (пик А, м/с).

Статистическая обработка материала проведена с использованием методов параметрической и непараметрической статистики, с помощью прикладного пакета «Statistica 6.0». Характер статистического распределения анализируемых величин оценивали с использованием χ^2 критерия Пирсона и критерия Колмогорова-Смирнова. Выборки представлены в виде «средняя арифметическая \pm ошибка средней». Для оценки межгрупповых различий применяли критерий χ^2 и t критерий Стьюдента; различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$. При оценке корреляционных связей использовались коэффициент корреляции Пирсона и ранговой корреляции Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исходные показатели сравниваемых групп пациентов представлены в табл. 1.

При сопоставимости исходных уровней артериального давления в сравниваемых группах пациентов с ХСН на фоне мягкой и умеренной АГ единичные признаки депрессивных расстройств у пациентов I группы наблюдались редко, а средний их уровень не превышал норму и составлял $5,7 \pm 0,24$ баллов, тогда как во второй и третьей группах выраженность депрессии была значительно выше ($p < 0,001$).

Исходно приверженность к лечению у больных I группы при отсутствии депрессии была значимо выше ($2,34 \pm 0,15$), а выраженность структурных изменений миокарда левого желудочка (СИМЛЖ) и ТИМ значительно преобладала у больных с депрессией ($p < 0,05$).

На фоне клинических проявлений депрессии у пациентов II и III групп отмечены: более низкие значения отношения Е/А ($0,91 \pm 0,009$; $0,85 \pm 0,016$ и $0,86 \pm 0,02$ – соответственно у больных I, II и III групп; $p > 0,05$) и ТШХ ($483,7 \pm 11,2$; $431,2 \pm 9,8$ и $432,1 \pm 13,8$; $p < 0,05$). Указанные сдвиги сопровождалась высокими значениями ШОКС и КЖ по MLHFQ ($p < 0,05$).

В целом, несмотря на сопоставимость средних уровней АД и частоты функциональных классов ХСН, СИМЛЖ и ТИМ у

Таблица 1 Исходные значения изучаемых показателей в сравниваемых группах больных

| Показатели (M±m) | Группы больных | | | p |
|-------------------------------|-----------------|------------------|--------------|-------|
| | без депрессии | | с депрессией | |
| | I гр. (СТ) n=38 | II гр. (СТ) n=36 | | |
| САД, мм рт. ст. | 159,5±1,2 | 163,6±2,0 | 163,2±1,7 | >0,05 |
| ДАД, мм рт. ст. | 98,7±0,8 | 101,3±0,89 | 101,4±0,9 | >0,05 |
| Приверженность лечению, баллы | 2,34±0,15 | 1,72±0,12* | 1,8±0,12 | >0,05 |
| Депрессия, баллы | 5,74±0,24 | 15,4±0,47* | 15,4±0,52* | >0,05 |
| ШОКС, баллы | 3,26±0,33 | 4,53±0,32* | 4,6±0,36* | >0,05 |
| ТШХ, м | 483,7±11,2 | 431,2±9,8* | 432,1±13,8* | >0,05 |
| КЖ (MLHFQ), баллы | 30,3±1,4 | 37,2±3,8* | 37,7±2,8* | >0,05 |
| ФК ХСН | 1,68±0,1 | 1,83±0,11 | 1,67±0,126 | >0,05 |
| Е/А | 0,91±0,009 | 0,85±0,016 | 0,856±0,02 | >0,05 |
| ТИМ, мм | 10,0±0,23 | 10,74±0,25 | 10,75±0,23 | >0,05 |
| ИММЛЖ, г/м ² | 132,8±1,5 | 136,9±1,4 | 136,5±1,3 | >0,05 |
| ФВ, % | 59,7±0,5 | 59,5±0,4 | 59,3±0,7 | >0,05 |

Примечание: I группа – с отсутствием депрессии, в последующем получившие стандартную терапию (СТ) ХСН; II группа – с депрессией, но в последующем получившие только СТ; III группа – с депрессией, в последующем получившие антидепрессивную терапию (СТ+АДТ); * – значимость (p<0,05) различия показателей с I группой; p – достоверность различия показателей между II и III группами (по критерию χ^2).

мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ на фоне депрессии были более выраженными (p>0,05) и сопровождалась низкими значениями ТШХ и КЖ по Миннесотскому опроснику (p<0,05), что свидетельствовало о выраженности сердечной недостаточности.

Полученные нами результаты у мужчин среднего возраста с депрессией, возникшей на фоне ХСН и АГ, по общей тенденции изменений сердца и сосудов согласуются с данными Хамидова Н.Х. с соавторами, указывающими на развитие более выраженной структурной перестройки у пациентов с изолированной систолической артериальной гипертензией пожилого возраста с коморбидной депрессией [18].

Результаты оценки эффективности разных терапевтических подходов в сравниваемых группах пациентов при длительном наблюдении (22-24 недели) приведены в табл. 2.

При анализе данных установлено, что при отсутствии депрессии у больных I группы на фоне стандартной терапии ХСН значимо снижается САД и ДАД, при сравнении с таковыми II группы (p<0,05); уровни АД у больных I и III групп – сопоставимы (p>0,05).

Показатели ШОКС и ФК ХСН у больных I и III групп к концу терапии сопоставимы, и различия незначимы (p>0,05). Однако дистанция ТШХ значимо выше (p<0,05) при отсутствии депрессии (I группа), чем у больных с депрессией, дополнительно получающих АДТ (III группа).

Если учитывать тот факт, что уровень толерантности к физической нагрузке является независимым предиктором смертности от всех причин, а его повышение увеличивает выживаемость в популяции [19], то низкие значения ТШХ можно рассматривать как предиктор неблагоприятного прогноза для жизни у больных с депрессией, дополнительно не получающих АДТ.

У больных III группы на фоне дополнительной АДТ среднее значение депрессии снизилось до нормы (лёгкая депрессия сохранилась только у 1/5 части больных). Такие значительные сдвиги отсутствуют у больных II группы: среднее значение де-

прессии на фоне лечения без антидепрессивной терапии превышает 10 баллов.

Это привело к тому, что при сопоставимых исходных данных, на фоне терапии у больных II группы уровень депрессии значительно выше, а приверженность к лечению ниже не только при сравнении с I группой (без депрессии), но и с III группой (с депрессией, но получающих АДТ).

К концу наблюдения на фоне терапии абсолютные значения приверженности к лечению у больных I группы значительно выше (рис. 1) как при сравнении со второй, так и третьей группами (p<0,05).

Если учитывать имеющую место сильную отрицательную взаимосвязь между депрессией и приверженностью к лечению (r=-0,793129; p<0,05), то можно сделать заключение, что недостаточное снижение депрессивных расстройств (по Шкале Гамильтона 10,2±0,38 баллов) сопровождается низкой приверженностью к лечению у больных II группы и, в связи с этим, к значимо высокому уровню САД и ДАД.

У пациентов III группы взаимосвязь депрессии с приверженностью к лечению сильная, отрицательная (r=-0,769328; p<0,05). При АДТ у пациентов этой группы устранены депрессивные расстройства (по шкале Гамильтона 6,3±0,35 баллов), тем не менее, приверженность к лечению у пациентов этой группы значительно ниже, чем у больных, у которых депрессия отсутствовала изначально (I группа). Это свидетельствует о важности первичной профилактики депрессивных расстройств у мужчин среднего возраста с ХСН на фоне АГ.

Сложность повышения приверженности к лечению (до степени полной приверженности) у больных ХСН, протекающей с депрессией, даже на фоне антидепрессивной терапии указывает на необходимость разработки действенных мер профилактики не только ХСН, но и депрессивных расстройств у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ.

Недостаточность повышения приверженности к лечению у больных среднего возраста с ХСН на фоне мягкой и умерен-

Таблица 2 Динамика клинико-гемодинамических показателей на фоне стандартной (СТ) и комбинированной с антидепрессантом (СТ+АДТ) терапии у пациентов сравнимых групп

| Показатели (M±m) | Группы больных | | | p |
|-------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------------|--------|
| | без депрессии | с депрессией | | |
| | I гр. (СТ, n=38) | I гр. (СТ, n=36) | III гр. (СТ+АДТ; n=36) | |
| САД, мм рт. ст. | 125,4±1,2 | 144,2±1,1* | 122,1±0,8 | <0,01 |
| Δ% | -21,6 | -11,4 | -24,9 | |
| ДАД, мм рт. ст. | 82,6±0,9 | 86,1±0,8 | 83,9±0,7 | >0,05 |
| Δ% | -16,1 | -14,8 | -17,2 | |
| Приверженность лечению, баллы | 3,5±0,1 | 2,0±0,2* | 3,0±0,1 | <0,001 |
| Δ% | 65,8 | 37,5 | 115,0 | |
| Депрессия, баллы | 2,95±0,27 | 10,2±0,24* | 3,9±0,27* | <0,001 |
| Δ% | -53,1 | -33,8 | -73,6 | |
| ШОКС, баллы | 1,45±0,25 | 2,44±0,29* | 1,89±0,28 | <0,001 |
| Δ% | -46,2 | -42,3 | -58,1 | |
| ТШХ, м | 526,1±6,4 | 462,9±11,8* | 487,2±13,1* | <0,001 |
| Δ% | 8,8 | 7,3 | 12,8 | |
| КЖ-MLHFQ | 16,2±1,3 | 30,7± | 22,8 | <0,001 |
| Δ% | -47,8 | -4,3 | -32,9* | |
| ФК ХСН | 0,95±0,08 | 1,31±0,12 | 1,83±0,12 | <0,001 |
| Δ% | -43,0 | -21,3 | -42,1 | |

Примечание: I группа – пациенты без депрессии, получившие стандартную терапию (СТ) ХСН; II группа – с депрессией, но получившие только СТ; III группа – с депрессией, дополнительно получившие антидепрессивную терапию (СТ+АДТ); Δ% – динамика при сравнении с исходным уровнем показателя; * – статистическая значимость (p<0,05) различия показателей с I группой; p – достоверность различия показателей между II и III группами (по χ² критерию).

ной АГ остаётся малозаметной, что связано с улучшением психоэмоционального и соматического состояния больных на фоне сочетанной стандартной и антидепрессивной терапии. Об этом свидетельствует и сравнительный анализ динамики некоторых гемодинамических показателей через 24 недели стандартной и сочетанной с антидепрессантами терапии ХСН на фоне депрессии (табл. 3).

Установлено, что улучшение диастолической функции ЛЖ (по повышению E/A) и снижение ИММЛЖ у больных III группы (при отсутствии депрессии) значимы при сравнении со II и III группами (p<0,05). Фракция выброса ЛЖ (ФВ) сопоставима в сравниваемых группах (p>0,05). Снижение ТИМ у больных без депрессии (I группа) значимо только при сравнении со II группой, тогда как при сравнении с таковой III группы это снижение не значимое (p>0,05).

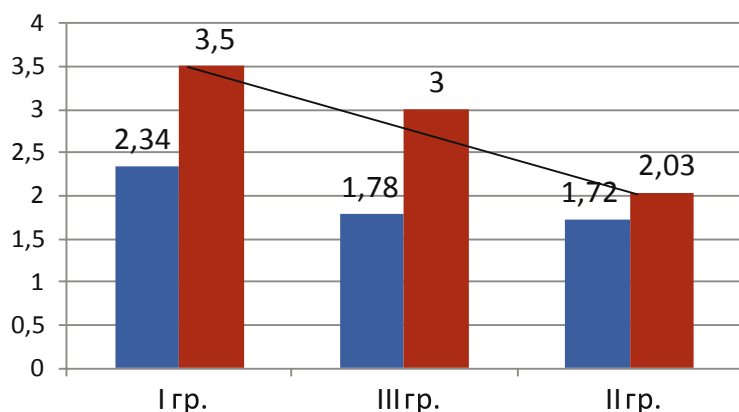


Рис. 1 Динамика приверженности к лечению (баллы) при разных терапевтических подходах

Таблица 3 Динамика структурно-функциональных показателей миокарда левого желудочка и сосудов на фоне стандартной (СТ) и комбинированной с антидепрессантом (СТ+АДТ) терапии у пациентов сравниваемых групп

| Показатели (M±m) | Группы больных | | | p |
|-------------------------|----------------|---------------------|----------------------|--------|
| | без депрессии | с депрессией | | |
| | | I гр. (СТ, n=38) | II гр. (СТ, n=36) | |
| Е/А | 1,02±0,021 | 0,903±0,017 | 0,956±0,018 | <0,001 |
| Δ% | 13,2 | 6,9* | 13,7* | |
| ТИМ, мм | 0,937±0,02 | 1,0±0,038 | 0,964±0,021 | <0,001 |
| Δ% | -6,3 | -6,9* | -10,4* | |
| ИММЛЖ, г/м ² | 124,6±1,0 | 131,7±1,6* | 127,8±1,0* | <0,001 |
| Δ% | -6,2 | -4,1* | -6,4* | |
| ФВ, % | 61,2±0,5 | 60,1±0,4 | 61,1±0,5 | <0,001 |
| Δ% | 2,5 | 1,0* | 3,0* | |

Примечание: СТ – стандартная терапия ХСН и АГ проведена у пациентов без депрессии (I гр.) и с депрессией (II гр.); комбинированная с антидепрессантом СТ (СТ+АДТ) проведена пациентам III группы; Δ% – динамика при сравнении с исходным уровнем показателя; * – достоверность различия (p<0,05) с I группой; p – между II и III группами (по χ² критерию)

Повышение Е/А, снижение ИММЛЖ и уменьшение ТИМ у больных III группы на фоне АДТ значимы при сравнении со II группой (p<0,05). В целом, следует отметить, что у больных II группы позитивные сдвиги структурно-функциональных показателей миокарда ЛЖ на фоне СТ менее выражены: отмечаются низкое среднее значение отношения Е/А, высокие цифры ИММЛЖ и ТИМ. Влияние антидепрессанта пароксетина на структурные показатели левого желудочка отмечено и другими авторами [12, 13].

Различия значений ТИМ у пациентов I и III групп после лечения не значимы (p>0,05), но значительно выше у пациентов II группы (p<0,05). Сохраняющееся сравнительно высокое значение ТИМ является признаком атеросклеротического поражения сосудов, в связи с чем этот результат можно объяснить низкой антисклеротической эффективностью стандартной терапии ХСН без дополнительного применения АДТ у пациентов с депрессией (II группа).

Значимое снижение ТИМ у больных III группы указывает, что антидепрессивная терапия не только ликвидирует депрессивные расстройства, но и повышает антисклеротическую эффективность проводимой стандартной терапии ХСН.

Наличие сильной взаимосвязи депрессивных расстройств с ТИМ (r=0,74675) указывает на замедление атеросклеротического поражения сосудов на фоне снижения уровня депрессии у мужчин среднего возраста с ХСН (рис. 2), получающих сочетанную у антидепрессантами терапию ХСН.

Следует отметить, что на фоне терапии больных с депрессией психофармакологическими препаратами из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС, пароксетин), проявления кардиотоксичности, сопровождающиеся ухудшением клинико-гемодинамических показателей, не выявлены. Это указывает на целесообразность применения антидепрессантов из группы СИОЗС у больных ХСН, протекающей с депрессией, на что указывают и результаты их применения у больных кардиологического профиля [14,18-22].

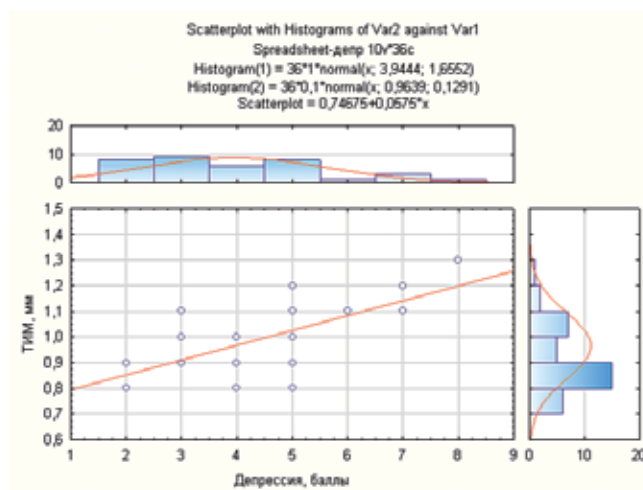


Рис. 2 Взаимосвязь депрессии и ТИМ у мужчин среднего возраста на фоне комбинированной терапии ХСН

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, стандартное лечение ХСН и АГ с назначением антидепрессивной терапии у мужчин среднего возраста с депрессией (III группа), способствует значительному снижению клинической выраженности, как депрессии, так и ХСН, повышая приверженность к лечению. На необходимость разработки действенных мер профилактики не только ХСН, но и депрессивных расстройств у больных кардиологического профиля указывает установленная сложность достижения полной приверженности к лечению у больных с депрессией даже на фоне комбинированной с антидепрессантами терапии: уровни приверженности к лечению к концу наблюдения значительно ниже, чем у больных с изначальным отсутствием депрессии.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Медведев ВЭ, Мартынов СЕ, Зверев КВ. Психосоматические заболевания в кардиологии (типология и клинико-динамические характеристики). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2012;4:34-41.
2. Paraskevaidis I. Treating depression in coronary artery disease and chronic heart failure: what's new in using selective serotonin re-uptake inhibitors? *Cardiovasc Hematol Agents Med Chem*. 2012;10(2):109-15.
3. Polikandrioti M, Christou A, Morou Z. Evaluation of depression in patients with heart failure. *Health Sci J*. 2010;4:37-47.
4. Johnson TJ. Depression predicts repeated heart failure hospitalizations. *J Card Fail*. 2012;3(18):246-52.
5. Фомин ИВ, Агеев ФТ. Эпидемиология хронической сердечной недостаточности в Российской Федерации. В: *Хроническая сердечная недостаточность*. Москва, РФ: ГЭОТАР-Медиа; 2010. с. 7-77.
6. Zaya M, Phan A, Schwarz ER. Predictors of re-hospitalization in patients with chronic heart failure. *World J Cardiol*. 2012;4(2):23-30.
7. Султонов ХС, Шарипова ХЁБ Негматова ГМ. Течение артериальной гипертонии у мужчин среднего возраста. *Вестник Авиценны*. 2015;1:55-60.
8. Шарипова ХЁ, Зубайдов РН, Киёмиддинов ХХ. Хроническая сердечная недостаточность, артериальная гипертония и ремоделирование сердца. *Вестник Авиценны*. 2010;2:71-5.
9. Шарипова ХЁ, Киёмиддинов ХХ, Зубайдов РН. Ремоделирование сердца и течение хронической сердечной недостаточности. *Учёные записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова*. 2011;2:162-3.
10. Смудевич АБ. *Депрессии при психических и соматических заболеваниях*. Москва, РФ: МИА. 2014. 540 с.
11. Malkin CJ, Pugh PJ, Morris PD. Low serum testosterone and increased mortality in men with coronary heart disease. *Heart*. 2010;96(9):1821-5.
12. Araujo AB, Dixon JM, Suarez EA. Clinical review: endogenous testosterone and mortality in men: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2011;96(8):3007-19.
13. Султонов ХС, Шарипова ХЁ, Негматова ГМ. Эффективность контролируемой терапии артериальной гипертонии у лиц среднего возраста. *Вестник Авиценны*. 2016;1:67-71.
14. Баранов АП, Струтынский АВ, Ойноткинова ОШ. Возможности терапии тревожно-депрессивных расстройств у больных с хронической сердечной недостаточностью. *Кардиология*. 2016;9:572-8.
15. Национальные рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвёртый пересмотр); утверждены на конгрессе ОССН 7 декабря 2012 года, на правлении ОССН 31 марта 2013 и конгрессе РКО 25 сентября 2013 года. *Журнал сердечная недостаточность*. 2013;7:379-472.
16. Ефремова ЕВ, Мензоров МВ, Сабитов ИА. Приверженность к лечению больных с хронической сердечной недостаточностью в условиях коморбидности. *Клиническая медицина*. 2015;93(9):20-4.
17. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2013;31:1281-357.
18. Хамидов НХ, Умаров АА, Умарова СА, Тоиров ХК. Особенности ремоделирования миокарда левого желудочка у больных с артериальной гипертонией пожилого возраста с коморбидной депрессией. *Вестник Авиценны*. 2017;19(2):172-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-2-172-176>.
19. Умаров АА, Хамидов НХ, Умарова СА. Изолированная систолическая артериальная гипертония: некоторые аспекты патогенеза и факторов риска. *Вестник Авиценны*. 2011;2:130-4.
1. Medvedev VE, Martynov SE, Zverev KV. Psychosomatic diseases in cardiology (typology and clinical and dynamic characteristics). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2012;4:34-41.
2. Paraskevaidis I. Treating depression in coronary artery disease and chronic heart failure: what's new in using selective serotonin re-uptake inhibitors? *Cardiovasc Hematol Agents Med Chem*. 2012;10(2):109-15.
3. Polikandrioti M, Christou A, Morou Z. Evaluation of depression in patients with heart failure. *Health Sci J*. 2010;4:37-47.
4. Johnson TJ. Depression predicts repeated heart failure hospitalizations. *J Card Fail*. 2012;3(18):246-52.
5. Fomin IV, Ageev FT. Epidemiology of chronic heart failure in the Russian Federation. V: *Khronicheskaya serdechnaya nedostatochnost'*. Moscow, RF: GEOTAR-Media; 2010. p. 7-77.
6. Zaya M, Phan A, Schwarz ER. Predictors of re-hospitalization in patients with chronic heart failure. *World J Cardiol*. 2012;4(2):23-30.
7. Sulstonov KhS, Sharipova KhYo, Negmatova GM. Techenie arterial'noy gipertonii u muzhchin srednego vozrasta [The course of arterial hypertension in middle-aged men]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2015;1:55-60.
8. Sharipova KhYo, Zubaydov RN, Kiyomiddinov KhKh. Khronicheskaya serdechnaya nedostatochnost', arterial'naya gipertoniya i remodelirovanie serdtsa [Chronic heart failure, arterial hypertension and heart remodeling]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2010;2:71-5.
9. Sharipova KhYo, Kiyomiddinov KhKh, Zubaydov RN. Remodelirovanie serdtsa i techeniye khronicheskoy serdechnoy nedostatochnosti [Heart remodeling and the course of chronic heart failure]. *Uchyonye zapiski SPbGMU im. akad. I.P. Pavlova*. 2011;2:162-3.
10. Smulevich AB. *Depressii pri psikhicheskikh i somaticheskikh zabolevaniyakh* [Depression in mental and somatic diseases]. Moscow, RF: MIA; 2014. 540 p.
11. Malkin CJ, Pugh PJ, Morris PD. Low serum testosterone and increased mortality in men with coronary heart disease. *Heart*. 2010;96(9):1821-5.
12. Araujo AB, Dixon JM, Suarez EA. Clinical review: endogenous testosterone and mortality in men: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*. 2011;96(8):3007-19.
13. Sulstonov KhS, Sharipova KhYo, Negmatova GM. Effektivnost' kontroliruemyy terapii arterial'noy gipertonii u lits srednego vozrasta [The effectiveness of controlled therapy of arterial hypertension in middle-aged people]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2016;1:67-71.
14. Baranov AP, Strutyanskiy AV, Oynotkinova OSh. Vozmozhnosti terapii trevozno-depressivnykh rasstroystv u bol'nykh s khronicheskoy serdechnoy nedostatochnost'yu [The possibilities of treatment of anxiety and depressive disorders in patients with chronic heart failure]. *Kardiologiya*. 2016;9:572-8.
15. Natsional'nye rekomendatsii OSSH, RKO i RNMOT po diagnostike i lecheniyu HSN (chetvyortyy peresmotr); utverzhdeny na kongresse OSSH 7 dekabrya 2012 goda, na pravlenii OSSH 31 marta 2013 i kongresse RKO 25 sentyabrya 2013 goda [National recommendations of OSSH, RKO and RNMOT for the diagnosis and treatment of CHF (fourth revision); approved at the OSSH congress on December 7, 2012, on the OSSH board on March 31, 2013, and the CSC congress on September 25, 2013]. *Zhurnal serdechnaya nedostatochnost'*. 2013;7:379-472.
16. Efreмова EV, Menzorov MV, Sabitov IA. Priverzhennost' k lecheniyu bol'nykh s khronicheskoy serdechnoy nedostatochnost'yu v usloviyakh komorbidnosti [Adherence to treatment of patients with chronic heart failure in terms of comorbidity]. *Klinicheskaya meditsina*. 2015;93(9):20-4.
17. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K. Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*. 2013;31:1281-357.
18. Khamidov NKh, Umarov AA, Umarova SA, Toirov KhK. Osobennosti remodelirovaniya miokarda levogo zheludochka u bol'nykh s arterial'noy gipertoniey pozhilogo vozrasta s komorbidnoy depressiyey [Features of left ventricular myocardial remodeling in elderly patients with arterial hypertension with comorbid depression]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2017;19(2):172-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-2-172-176>.
19. Umarov AA, Khamidov NKh, Umarova SA. Izolirovannaya sistolicheskaya arterial'naya gipertoniya: nekotorye aspekty patogeneza i faktorov riska [Isolated systolic arterial hypertension: some aspects of pathogenesis and risk factors]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2011;2:130-4.

20. Хамидов НК, Халикова НА, Хурсанов НМ, Махадова КХ. Влияние рексетина на функциональные параметры сердца у больных гипертонической болезнью пожилого возраста с аффективными расстройствами. *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. 2012;4:9-14.
21. Silver MA. Depression and heart failure: an overview of what we know and don't know. *Cleve Clin J Med*. 2010;77(3):7-11.
22. Allman E, Berry D, Nasir L. Depression and coping in heart failure patients: a review of the literature. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24(2):106-17.
20. Khamidov NK, Khalikova NA, Khursanov NM, Makhadova KH. Vliyanie reksetina na funktsional'nye parametry serdtsa u bol'nykh gipertonicheskoy bolezny u pozhilogo vozrasta s affektivnymi rasstroystvami [The effect of Rexetin on the functional parameters of the heart in elderly patients with essential hypertension with affective disorders]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana*. 2012;4:9-14.
21. Silver MA. Depression and heart failure: an overview of what we know and don't know. *Cleve Clin J Med*. 2010;77(3):7-11.
22. Allman E, Berry D, Nasir L. Depression and coping in heart failure patients: a review of the literature. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24(2):106-17.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Султонов Хабибулло Сувонович, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Шарипова Хурсанд Ёдгоровна, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Негматова Гулнора Мансуровна, ассистент кафедры внутренних болезней № 1, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Шербалов Ахмад Ахадович, аспирант кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Абдуллоев Фирдавс Назирович, заведующий отделением неврологии Городского медицинского центра № 2 им. академика К.Т. Таджиева; соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Нуруллоев Ораз Садуллоевич, врач кардиоревматологического отделения Городского медицинского центра № 2 им. академика К.Т. Таджиева; соискатель кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получили.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шарипова Хурсанд Ёдгоровна

доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
Тел.: +992 (935) 811297
E-mail: sharipovakh@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: СХС, ШХЁ
Сбор материала: НГМ, ШАА, АФН, НОС
Статистическая обработка данных: НГМ, ШАА, АФН
Анализ полученных данных: СХС, ШХЁ, НОС
Подготовка текста: НГМ, АФН
Редактирование: ШХЁ, АФН, НОС
Общая ответственность: СХС

Поступила 26.09.2018
Принята в печать 22.03.2019

И AUTHOR INFORMATION

Sultonov Khabibullo Suvonovich, Assistant, Department of Propaedeutics of Internal Medicine, Avicenna Tajik State Medical University

Sharipova Khursand Yodgorovna, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Professor of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik State Medical University

Negmatova Gulnora Mansurovna, Assistant of the Department of Internal Diseases № 1, Avicenna Tajik State Medical University

Sherbadalov Akhmad Akhadovich, Postgraduate Student, Department of Propedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik State Medical University

Abdulloev Firdavs Nazirovich, Head of the Department of Neurology of the City Medical Center № 2 named after Academician K.T. Tajiev; Competitor of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik State Medical University

Nurulloev Oraz Sadulloevich, Doctor at the Cardiorheumatology Department, City Medical Center № 2 named after Academician K.T. Tajiev; Competitor of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik State Medical University

Information about the source of support in the form of grants, equipment, and drugs

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest.

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Sharipova Khursand Yodgorovna

Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Professor of the Department of Propedeutics of Internal Diseases, Avicenna Tajik State Medical University

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave., 139
Tel.: +992 (935) 811297
E-mail: sharipovakh@mail.ru

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conception and design: SKhS, ShKhYo
Data collection: NGM, ShAA, AFN, NOS
Statistical analysis: NGM, ShAA, AFN
Analysis and interpretation: SKhS, ShKhYo, NOS
Writing the article: NGM, AFN
Critical revision of the article: ShKhYo, AFN, NOS
Overall responsibility: SKhS

Submitted 26.09.2018
Accepted 22.03.2019