

А.Б. Хрящев^{1,2}, Н.Х. Ягупова^{1,2}, А.В. Петракова¹, Т.В. Воронцова²ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ¹ ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет», Астрахань, Россия² ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», Астрахань, Россия

Обследованы пациенты с тревожно-депрессивной симптоматикой с коморбидной сердечно-сосудистой патологией, госпитализированные в психотерапевтическое отделение. Первая группа получала трициклический антидепрессант амитриптилин, вторая – антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина. Результаты исследования показали, что антидепрессанты в небольших суточных дозах, в том числе амитриптилин, включенные в схему комплексного лечения пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами, эффективны и не вызывают кардиотоксических эффектов.

Ключевые слова: трициклические антидепрессанты, тревожно-депрессивные расстройства, сердечно-сосудистые заболевания

TREATMENT OF ANXIODEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS
WITH CARDIOVASCULAR DISEASESA.V. Khryashchev^{1,2}, N.H. Yagupova^{1,2}, A.V. Petrakova¹, T.V. Vorontsova²¹ Astrakhan State Medical University, Astrakhan, Russia² Regional Clinical Psychiatric Hospital of Astrakhan Region, Astrakhan, Russia

Sixty patients at the age of 43 to 79 years with anxiodepressive symptoms with comorbid cardiovascular disease have been examined after admission to psychotherapeutic department. Patients have been divided into two groups. The first group including 30 patients were treated by the tricyclic antidepressant amitriptyline with the average daily dose of 34.4 ± 12.9 mg. The 30 patients from the second group were treated by antidepressants of the selective serotonin reuptake inhibitors group. The sociodemographic characteristics in both groups did not differ significantly; the severity of cardiovascular disease, additional somatic and other diseases were certainly lower in the first group than in the second ($p < 0.05$). Examination of the patients with the use of Hamilton Depression Rating Scale and Hamilton Anxiety Rating Scale (HDRS and HARS) was carried out three times: at admission, in 1 week and in 4 weeks. At the time of admission, anxiety and depression in the first group were more expressed ($p < 0.05$) than in the second due to frequent psychogeny. The treatment scheme included tranquilizers, neuroleptics, neurometabolic drugs, basic cardiotropic therapy and psychotherapy. After 4 weeks anxiodepressive symptoms were more than 50 % reduced in both groups: 61 % in the first group and 50.7 % in the second group by the HDRS scale; 65.9 % in the first group and 59.8 % in the second group by the HARS scale.

It has been shown that the small doses of antidepressant including amitriptyline involved in the complex treatment scheme were efficient and did not cause cardiotoxic effect.

Key words: tricyclic antidepressants, anxiodepressive disorders, cardiovascular disease

Лечение тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) – вопрос сложный и многогранный. На современном этапе делается акцент на раннем выявлении и коррекции указанных расстройств: доклинической диагностике [5], профилактическом лечении нейрометаболическими препаратами [1]. При легких тревожно-депрессивных расстройствах ряд авторов рекомендуют применение только психотерапии [8], другими подчеркивается необходимость сочетания психотерапии и фармакотерапии [7], длительного приема антидепрессантов [10,12].

У пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией выбор препаратов осуществляется с особой тщательностью, с учетом побочных действий и возможных нежелательных реакций. В научных публикациях [4, 6, 9, 11, 14, 15] приоритет отдается антидепрессантам нового поколения – селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС), обратимым ингибиторам моноаминоксидазы типа А (ОИМАО-А), селективным ингибиторам обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН),

агонистам мелатониновых рецепторов, так как в отличие от трициклических антидепрессантов (ТЦА) они не являются кардиотоксичными. Тем не менее, амитриптилин по своей эффективности несколько превосходит другие антидепрессанты [13], обладает выраженным анксиолитическим действием. Согласно «Клиническим рекомендациям диагностики и лечения нарушений ритма сердца и проводимости» [2], лишь часть антидепрессантов не вызывают удлинение интервала QT (агомелатин, бупропион, дулоксетин, мапротилин, миансерин, милнаципран, моклобемид, пипофезин, пирлиндол, тианептин, флувоксамин). Однако в инструкциях по медицинскому применению препаратов отмечается, что в редких случаях они способны вызывать нарушение ритма, инфаркт миокарда, повышать артериальное давление и т.д. На стационарное лечение пациенты поступают с выраженной симптоматикой, зачастую после психотравмирующих событий, на фоне обострения соматического заболевания. Условиями эффективной и качественной лекарственной терапии являются отчетливое клиническое улучшение,

хорошая переносимость лекарственного препарата и отсутствие серьезных нежелательных реакций. Последнее обстоятельство зависит не только от дозировки препарата, но и лекарственных взаимодействий, индивидуальных особенностей, влияющих на метаболизм лекарственных средств. В настоящее время чаще поднимается вопрос о персонализации психотерапии, в основе которой лежит определение полиморфизма генов CYP 450, участвующих в биотрансформации лекарственных средств [3].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определение особенностей назначения, эффективности и безопасности амитриптилина и антидепрессантов из группы СИОЗС при тревожно-депрессивных состояниях у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями психотерапевтического отделения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследовано 60 пациентов в возрасте от 43 до 79 лет, госпитализированных в психотерапевтическое отделение ГБУЗ АО «ОКПБ» с тревожно-депрессивной симптоматикой (средний возраст $61,5 \pm 8,7$) на фоне сердечно-сосудистой патологии. В открытое проспективное исследование включались пациенты, давшие информированное добровольное согласие. С учетом клинических особенностей, сопутствующих сердечно-сосудистых и иных заболеваний пациенты были рандомизированы на две группы сравнения. В первую группу вошли 30 человек, которым был назначен амитриптилин 37,5–62,5 мг в сутки, средняя суточная доза составила $34,4 \pm 12,9$ мг. Во второй группе 30 пациентов получали антидепрессанты класса СИОЗС: флувоксамин 50–100 мг/сутки, пароксетин 10 мг/сутки, сертралин 10–20 мг/сутки. Антидепрессант назначался в минимальной суточной дозе, при необходимости доза постепенно незначительно повышалась. В схему лечения включались транквилизаторы или низкопотентные нейролептики, нейрометаболические препараты (ноотропы, антиоксиданты, антигипоксанты, вазотропные и др.), базовая кардиотропная терапия, психотерапия.

Средний возраст пациентов 1-й группы – $60 \pm 7,4$ года, среди них мужчин 30 %, женщин – 70 %; 2-й группы – $62,8 \pm 9,7$ лет, мужчины составили 23,3 %, женщины – 76,7 %. Среди пациентов 1-й группы 43,3 % госпитализированы впервые, 56,7 % – повторно. Аналогичное соотношение было и во второй группе (46,7 % первично и 53,3 % повторно). Продолжительность лечения в отделении составила $33,2 \pm 7,8$ дня в первой группе, во второй – $34,4 \pm 8,9$. В

случае выписки ранее 28 дней исследование по параметрическим шкалам осуществлялось амбулаторно.

Наиболее часто в обеих группах тревожно-депрессивная симптоматика была обусловлена органическими причинами (50 % – в 1-й группе, 66,6 % – во 2-й), далее – психогенными факторами (40 % – в 1-й группе, 20 % – во 2-й, $p < 0,05$), в единичных случаях представлена при декомпенсации тревожного и смешанного расстройства личности (6,7 и 6,7 %), аффективных расстройствах настроения (3,3 и 6,7 % соответственно).

Критерии исключения: результат MMSE менее 20 баллов, тяжёлые депрессии, расстройства шизофренического спектра, склонность к аллергическим реакциям, острый и восстановительный период инфаркта миокарда, сердечная недостаточность IIБ–III стадии, IV ФК; тяжёлая почечная и печеночная недостаточность, выраженная артериальная гипертензия, лечение ингибиторами МАО в течение 2 недель до госпитализации.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, психологический, в том числе психометрические шкалы депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS, HARS), статистические (описательная статистика, t-критерий Стьюдента). Соматическое обследование включало лабораторные, инструментальные методы, консультации терапевта, кардиолога. Контроль переносимости и безопасности терапии осуществлялся на основании жалоб пациентов, измерения АД, ЧСС, проведения ЭКГ в динамике, шкалы ШОКС по Марееву.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Женщины составляли преобладающее количество ($p < 0,05$) в обеих группах, пациентов старше 70 лет было достоверно больше во 2-й группе ($p < 0,05$). В 1-й группе лица старше 70 лет принимали амитриптилин ранее, без развития выраженных побочных действий. Учитывалось, что в старческом возрасте, в связи с замедлением биотрансформации лекарственных средств, повышается риск возникновения побочных явлений, в том числе когнитивных нарушений, при приеме ТЦА.

В подавляющем большинстве случаев ухудшению состояния предшествовали хронические и острые психотравмирующие ситуации (у 80 % – в 1-й группе, у 76,7 % – во 2-й). Среди психотравмирующих факторов следует отметить: разрыв семейных отношений, выявленные и перенесенные соматические заболевания с осложнениями (ИБС с необходимостью оперативного лечения, инфаркт миокарда, гипертонические кризы, преходящие транзиторные цере-

Таблица 1
Диагностика тревожно-депрессивных расстройств в соответствии с рубриками МКБ-10

Рубрики МКБ-10	1-я группа	2-я группа
Органические расстройства настроения F 06.3, F 06.6, F 06.6	50 %	66,6 %
Аффективные расстройства настроения F31.3, F 32.1	3,3 %	6,7 %
Невротические тревожно-депрессивные расстройства F 41.2, F 43.2, F 44.7	40 %	20 %
Тревожное и смешанное расстройство личности F 60.6, F 61.0	6,7 %	6,7 %

бральные ишемические приступы, онкопатология, холецистэктомия и др.), тяжелые ситуации у близких родственников (заболевания, смерть, пребывание в местах лишения свободы, материальные проблемы, увольнение с работы). Зачастую эти факторы были решающими в развитии тревожно-депрессивной симптоматики. Длительность болезненного периода до обращения к психиатру первичных пациентов варьировала от нескольких недель до 5 лет. В последнем случае пациенты периодически лечились амбулаторно, пользовались психотерапией в течение 3–5 недель, с формированием медикаментозной ремиссии прекращали прием препарата, что вскоре приводило к ухудшению психического состояния.

По своим социально-демографическим характеристикам пациенты обеих групп существенно не различались. Следует отметить, что лиц с высшим образованием было больше во 2-й группе (16,7 % и 30 %), проживающих в браке – в 1-й (53,4 % и 33,3 %). Преобладание городских жителей над сельскими в двух группах отражает распределение населения по области.

Анализ болезней системы кровообращения показывает, что в 1-й группе пациентов с выраженной сердечно-сосудистой патологией достоверно меньше, чем во 2-й: значительно реже встречались первичная и вторичная гипертензия ($p < 0,05$), ИБС, нарушения сердечного ритма, сочетанные формы сердечной патологии. Соответственно не прослеживалось вы-

Таблица 2

Социально-демографические характеристики пациентов

Характеристика	1-я группа	2-я группа
Средний возраст	60 ± 7,4	62,8 ± 9,7
Гендерные особенности:		
мужчины	30 %	23,3 %
женщины	70 %	76,7 %
Образование:		
неполное среднее	13,3 %	20 %
среднее	10 %	3,3 %
средне-специальное (средне-техническое)	60 %	46,7 %
высшее	16,7 %	30 %
Трудовой статус:		
работающие	26,7 %	26,7 %
пенсионеры	43,3 %	36,7 %
инвалиды	20 %	30 %
неработающие	10 %	6,6 %
Семейное положение:		
в браке	53,4 %	33,3 %
одинокие	23,3 %	26,7 %
проживают с родственниками	23,3 %	40 %
Проживают:		
в сельской местности	33,3 %	36,7 %
в городе	66,7 %	63,3 %

Таблица 3

Болезни системы кровообращения у пациентов сравниваемых групп

Болезни системы кровообращения	1-я группа	2-я группа
Атеросклероз аорты	86,7 %	90 %
Первичная и вторичная гипертензия	56,7 %	80 %
Ишемическая болезнь сердца	60 %	73,3 %
Нарушения сердечного ритма	23,3 %	30 %
Постинфарктный кардиосклероз	3,3 %	10 %
Блокада ЛНПГ	–	23,3 %
Аорто-коронарное шунтирование	–	3,3 %
Гипертрофическая кардиомиопатия	–	3,3 %

раженных изменений на ЭКГ (мерцательной аритмии, полной блокады левой ножки пучка Гиса, миграции водителя ритма). Данные особенности позволяли с учетом соматического состояния назначать amitriptyline в малых суточных дозах.

Среди личностных качеств у пациентов обеих групп преобладали тревожно-мнительные черты характера: в 1-й группе – у 46,6 %, во 2-й – у 50 %; эмоциональная неустойчивость отмечена у 30 % лиц 1-й группы и 16,7 % – 2-й; стеничность, бескомпромиссность, ригидность – у 10 и 20 % соответственно. Эти характеристики личности учитывались при проведении психотерапии (когнитивно-поведенческая, рациональная и др.).

Патология сосудов головного мозга (атеросклероз сосудов головного мозга, хроническая ишемия мозга) выявлена у 90 % пациентов 1-й группы и 96,7 % 2-й группы. Дополнительные соматические и иные заболевания (нефрэктомия, холецистэктомия, язвенная болезнь желудка вне обострения, хронический гастрит, хронический колит, хронический пиелонефрит и др.) достоверно реже встречалась у пациентов 1-й группы ($p < 0,05$).

Исследования по психометрическим шкалам депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS и HARS) проводились трижды: при поступлении (совместно с MMSE), спустя 1 неделю и 4 недели, полное тестологическое психодиагностическое обследование – в плановом порядке.

В клинической картине у пациентов 1-й группы на первый план выступали тревожные проявления: беспокойство, плаксивость, ожидание неблагоприятного исхода событий, нарушения сна, физиологические расстройства: тяжесть в ногах, спине, голове, желудочно-кишечные нарушения. Расстройства депрессивного спектра соответствовали легкой и умеренной депрессии (критерии МКБ-10): безразличие к происходящему сочеталось с малообщительностью, сосредоточенностью на своих переживаниях; во время беседы пациенты жаловались на подавленное настроение, чувство беспомощности, отсутствие аппетита, потерю в весе, обвиняли себя в произошедших неурядицах. Спонтанно мысли о нежелании жить не высказывали, но часть пациентов (23,3 % в 1-й и 20 % во 2-й группе) не отрицали их периодического возникновения.

Согласно полученным данным, проявления тревоги и депрессии наиболее выражены были у пациентов 1-й группы, что, возможно, связано с частыми психогениями. Среднее значение тяжести депрессии в 1-й группе составило $25,1 \pm 2,7$ балла, во 2-й – $22,7 \pm 2,5$ балла; средний балл по шкале тревоги Гамильтона в 1-й группе $30,3 \pm 3,2$, во 2-й – $28,6 \pm 2,9$. Способность amitriptyline с первых дней вызывать седацию, улучшать сон, редуцировать проявления тревоги крайне востребована у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами. Amitriptyline – один из немногих антидепрессантов, обладающих центральным анальгезирующим действием, гипотензивным эффектом, его применение возможно при первичной и вторичной гипертензии. При назначении учитывались особенности кардиоваскулярного заболевания (препарат не назначался при блокаде НППГ, АВ блокаде II, постинфарктном кардиосклерозе с нарушениями проводимости; наличие единичных экстрасистол не являлось противопоказанием), так и сопутствующей соматической патологии. Положительные свойства СИОЗС, получаемых пациентами 2-й группы, заключаются в минимальной антихолинергической и антигистаминной активности, препараты не обладают адренергическими свойствами и способны ингибировать агрегацию тромбоцитов. Они предпочтительны у лиц пожилого возраста, так как не оказывают отрицательного воздействия на когнитивные функции. В редких случаях могут вызывать аритмию, удлинять интервал QT, влиять на артериальное давление.

Важной составляющей комплексного лечения тревожно-депрессивных расстройств были препараты нейрометаболического действия, которые назначались всем пациентам. Кортексин, церебролизин воздействуют не только на астено-депрессивную симптоматику, эффективны при энцефалопатии различного генеза, но и обладают кардиопротекторным и актопротекторным действием. При сердечно-сосудистых заболеваниях хорошо зарекомендовал себя антигипоксантамилметилгидроксипиридина сукцинат, среди показаний к его применению – тревожные невротические расстройства, острый инфаркт миокарда, дисциркуляторная энцефалопатия. Препарат может вызывать сонливость, усиливать действие бензодиазепиновых транквилизаторов.

С учетом небольших суточных доз антидепрессантов, необходимости седативного, снотворного и/или анксиолитического эффектов пациентам обеих групп (76,7 % – в 1-й группе и 66,7 % – во 2-й) назначались низкопотентные нейролептики в небольших дозах: хлорпротиксен 7,5–25 мг/сутки, тиоридазин 5–37,5 мг/сутки, сульпирид 50–100 мг/сутки. Предпочтение отдавалось указанным препаратам в связи с тем, что в отличие от транквилизаторов, они могут назначаться длительным курсом. Нейролептики, также как и трициклические антидепрессанты, с осторожностью применяют при сердечно-сосудистых заболеваниях (брадикардии, недавно перенесенном инфаркте миокарда, декомпенсированной сердечной недостаточности, сердечной гипертрофии, желудочковых аритмиях или полиморфной желудочковой

Таблица 4
Результаты исследования по шкалам HDRS и HARS

Шкала	1-я группа	2-я группа
Результаты при поступлении		
HDRS	$25,1 \pm 2,7$	$22,7 \pm 2,5$
HARS	$30,3 \pm 3,2$	$28,6 \pm 2,9$
Результаты через 1 неделю		
HDRS	$22,8 \pm 2,4$	$21,3 \pm 2,3$
HARS	$26,7 \pm 2,8$	$26,3 \pm 2,6$
Результаты через 4 недели		
HDRS	$9,8 \pm 2,1$	$11,2 \pm 2,4$
HARS	$10,3 \pm 2,5$	$11,5 \pm 2,1$

тахикардии по типу «пируэт», удлинённом интервале QT). Обследование в период лечения не показало ухудшения сердечной деятельности.

На фоне лечения спустя неделю в 1-й группе проявления депрессии стали меньше на 9,2 %, тревоги на 11,6 % (HDRS $22,8 \pm 2,4$, HARS $26,7 \pm 2,8$ балла), во 2-й – на 6,2 и 8 % (HDRS $21,3 \pm 2,3$, HARS $26,3 \pm 2,6$ балла). Сравнение результатов показывает, что положительная динамика более заметна у пациентов первой группы, эти особенности сохранились и к концу 4-й недели ($p < 0,05$). В результате комплексного лечения тревожно-депрессивная симптоматика редуцировалась более чем на 50 % в обеих группах: по шкале HDRS в 1-й группе на 61 %, во 2-й на 50,7 %; по шкале HARS в 1-й группе на 65,9 %, во 2-й на 59,8 %.

Среди нежелательных побочных явлений у пациентов 1-й группы встречались жалобы на сухость во рту, сонливость, нарушение аккомодации; именно холинолитические эффекты послужили причиной замены препарата у 4 человек. Во 2-й группе пациенты, получавшие СИОЗС, отмечали лёгкую тошноту в первые дни лечения, один человек по этой причине отказался от продолжения приёма препарата. Перевод пациентки 2-й группы в первые дни госпитализации в кардиологический стационар привёл к исключению из исследования. Из исследования также были исключены 2 пациента после 3 недель терапии СИОЗС из-за отсутствия положительной динамики. Общее количество лиц, выбывших до окончания исследования, составило 8 пациентов: по 4 человека в каждой группе.

Следует отметить, что лечение тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с ССЗ должно быть индивидуальным, комплексным, продолжительным, преемственным и безопасным. Небольшие дозы антидепрессантов в сочетании с транквилизаторами или низкопотентными нейролептиками, нейрометаболическими препаратами, психотерапией, кардиотропными средствами помогают улучшить состояние и избежать побочных эффектов. Терапия амитриптилином в малых суточных дозах в схеме комплексного лечения эффективно и быстро купирует тревогу, а в дальнейшем и депрессию, не вызывает кардиальных побочных явлений. С целью оптимизации и безопасности лечения накануне госпитализации необходима консультация терапевта (кардиолога), проведение ЭКГ, а также контроль основных показателей сердечной деятельности в период лечения. Если говорить о перспективах, то необходимы дальнейшие исследования, в том числе направленные на определение активности изоферментов цитохрома P450 2D6, как генетически детерминированной, так и изменённой в результате лекарственных взаимодействий.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Баранов А.П., Струтынский А.В., Ойроткина О.Ш., Горбачева Е.В., Тришина В.В., Гусев-Щербачев А.С., Голубев Ю.Ю. Эффективность лечения ноотропным препаратом Пантогам-актив пациентов с хронической сердечной недостаточностью и депрессивными расстройствами // Архив внутренней медицины. – 2016. – № 1 (27). – С. 54–62.

Baranov AP, Strutytsky AV, Oynotkinova OS, Gorbacheva EV, Trishina VV, Gusev-Shcherbakov AS, Golubev YY (2016). Effectiveness of treatment of patients with chronic heart failure and depressive disorders with nootropic drug Pantogam Active [Effektivnost' lecheniya nootropnym preparatom Pantogam-aktiv patsientov s khronicheskoy serdechnoy nedostatochnost'yu i depressivnymi rasstroystvami]. *Arkhiv vnutrenney meditsiny*, 1 (27), 54–62.

2. Голицын С.П., Кропачева Е.С., Майков Е.Б., Миронов Н.Ю., Панченко Е.П., Соколов С.Ф., Шлевков Н.Б. Клинические рекомендации: диагностика и лечение нарушений ритма сердца и проводимости. Часть II // Кардиологический вестник. – 2014. – № 3. – С. 3–52.

Golitsyn SP, Kropacheva ES, Maikov EB, Mironov NY, Panchenko EP, Sokolov SF, Shlevkov NB (2014). National clinical guidelines: Diagnostics and management of cardiac arrhythmias. Part II [Klinicheskie rekomendatsii: diagnostika i lechenie narusheniy ritma serdtsa i provodimosti. Chast' II]. *Kardiologicheskii vestnik*, (3), 3–52.

3. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., Тихонова Ю.Г., Авдеева Т.И., Рагимов А.А., Дашкова Н.Г., Кузнецов О.Е., Матвеев А.В. Оценка прогностической значимости генетических изменений CYP2D6 при развитии побочных эффектов антидепрессивного лечения // Ж. «Психиатрия и психофармакотерапия» им. П.Б. Ганнушкина. – 2015. – Т. 17, № 5-6. – С. 46–51.

Ivanets NN, Kinkulkina MA, Tikhonova UG, Avdeeva TI, Ragimov AA, Dashkova NG, Kuznetsov OE, Matveev AV (2015). Evaluation of the prognostic significance of CYP2D6 genetic changes in the development of side effects of antidepressant treatment [Otsenka prognosticheskoy znachimosti geneticheskikh izmeneniy CYP2D6 pri razvitiy pobochnykh effektov antidepressivnogo lecheniya]. *Zhurnal «Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya» im. P.B. Gannushkina*, 17 (5-6), 46–51.

4. Копылов Ф.Ю. Диагностика и лечение депрессивных расстройств в кардиологической практике // Клиницист. – 2013. – № 2. – С. 81–87.

Kopylov FU (2013). Diagnosis and treatment of depressive disorders in cardiology practice [Diagnostika i lechenie depressivnykh rasstroystv v kardiologicheskoy praktike]. *Klinitsist*, (2), 81–87.

5. Люсов В.А., Волон Н.А., Лебедева А.Ю., Бенева М.А., Кудинова М.А. Методы диагностики тревожно-депрессивных расстройств у больных острым инфарктом миокарда // Российский кардиологический журнал. – 2010. – № 1. – С. 77–81.

Lusov VA, Volov NA, Lebedeva AY, Benevskaya MA, Kudina MA (2010). Methods of diagnostics of anxiety and depressive disorders in patients with acute myocardial infarction [Metody diagnostiki trevozhno-depressivnykh rasstroystv u bol'nykh ostrym infarktom miokarda]. *Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal*, (1), 77–81.

6. Макаров Р.Б., Лашкова А.А., Ермолаева Н.А. Оценка эффективности использования вальдоксана (агомелатина) при лечении сердечно-сосудистых заболеваний // Здоровоохранение Дальнего Востока. – 2015. – № 2. – С. 48–51.

Makarov RB, Lashkova AA, Ermolaeva NA (2015). Evaluating the effectiveness of the use of agomelatine

(agomelatine) in the treatment of cardiovascular diseases [Ottsenka effektivnosti ispol'zovaniya val'doksana (agomelatina) pri lechenii serdechno-sosudistyykh zabolevaniy]. *Zdravookhranenie Dal'nego Vostoka*, (2), 48-51.

7. Медведев В.Э. Профилактика и терапия психопатологических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2012. – № 4 (3). – С. 54–59.

Medvedev VE (2012). Prevention and therapy of psychopathological disorders in patients with cardiovascular diseases [Profilaktika i terapiya psikhopatologicheskikh rasstroystv u patsientov s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami]. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika*, 4 (3), 54-59.

8. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Психотерапия и психологическая помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 57–76.

Nikolaev EL, Lazarev EY (2015). Psychotherapy and psychological care to patients with cardiovascular diseases [Psikhoterapiya i psikhologicheskaya pomoshch' bol'nym serdechno-sosudistymi zabolevaniyami]. *Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii*, 11 (1), 57-76.

9. Полякова Е.О. Пограничные психические расстройства в кардиологической практике: проблемы диагностики и лечения // *Кардиологический вестник*. – 2006. – Т. 1 (XIII), № 2. – С. 51–57.

Polyakova EO (2006). Borderline mental disorders in cardiology practice: diagnosis and treatment of problems [Pogranichnye psikhicheskie rasstroystva v kardiologicheskoy praktike: problemy diagnostiki i lecheniya]. *Kardiologicheskii vestnik*, (2), 51-57.

10. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробизhev М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 784 с.

Smulevich AB, Syrkin AL, Drobizhev MY, Ivanov SV (2005). *Psychocardiology [Psikhokardiologiya]*, 784.

11. Старостина Е.Г. Тревога и тревожные расстройства в практике кардиолога // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2006. – Т. 5, № 3. – С. 111–120.

Starostina EG (2006). Anxiety and anxiety disorders in the practice of cardiology [Trevoga i trevozhnye rasstroystva v praktike kardiologa]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*, 5 (3), 111-120.

12. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: руководство для практикующих врачей / Под общ. ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. – М.: Литтера, 2014. – 1080 с.

Aleksandrovsky YA, Neznakov NG (eds.) (2014). Rational pharmacotherapy in psychiatric practice: a guidebook for medical practitioners [Ratsional'naya farmakoterapiya v psikhiatricheskoy praktike: rukovodstvo dlya praktikuyushchikh vrachey], 1080.

13. Guaiana G, Barbui C, Hotopf M (2007). Amitriptyline for depression. Cochrane database of systematic reviews, (3), CD004186, doi: 10.1002/14651858.CD004186.pub2.

14. Demyttenaere K, Hemels ME, Hudry J, Annemans L (2005). A cost-effectiveness model of escitalopram, citalopram and venlafaxine as first-line treatment for major depressive disorder in Belgium. *Clin. Therapeutics*, 27 (1), 111-123.

15. Pollock DG, Laghrissi-Thode F, Wagner WR (2000). Evaluation of platelet activation in depressed patients with ischemic heart disease after paroxetine or nortriptylin treatment. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 20 (2), 137-140.

Сведения об авторах Information about the authors

Хрящев Александр Валерьевич – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» МЗ РФ главный врач ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (414004, г. Астрахань, Началовское шоссе, 15; тел.: 8 (8512) 491-350; e-mail: okpb@bk.ru)
Khryashchev Aleksandr Valeryevich – Doctor of Medical Sciences, Docent, Head of the Department of Psychiatry of the Astrakhan State Medical University, Head Physician of Regional Clinical Psychiatric Hospital of Astrakhan Region (414004, Astrakhan, Nachalovskoe highway, 15; tel.: +7 (8512) 491-350; e-mail: okpb@bk.ru)

Ягупова Наиля Хакимовна – начальник отдела геронтопсихиатрии и медико-социальной реабилитации ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница», ассистент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России (тел.: 8 (8512) 491-447; e-mail: nelya.j@yandex.ru)
Yagupova Nailia Khakimovna – Head of the Department of Gerontopsychiatry and Medico-Social Rehabilitation of Regional Clinical Psychiatric Hospital of Astrakhan Region, Teaching Assistant at the Department of Psychiatry of the Astrakhan State Medical University (tel.: +7 (8512) 491-447; e-mail: nelya.j@yandex.ru)

Петракова Анастасия Валентиновна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России (тел.: (8512) 491-352; e-mail: petrakova.astrakhan@mail.ru)
Petrakova Anastasia Valentinovna – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor at the Department of Psychiatry of the Astrakhan State Medical University (tel.: +7 (8512) 491-352; e-mail: petrakova.astrakhan@mail.ru)

Воронцова Татьяна Витальевна – заведующая психотерапевтическим отделением ГБУЗ Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница» (тел.: (8512) 348-067)
Vorontsova Tatyana Vitalyevna – Head of the Department of Psychotherapy of Regional Clinical Psychiatric Hospital of Astrakhan region (tel.: +7 (8512) 348-067; e-mail: annya_delovaya@mail.ru)