

УДК 616.12-005.4-036.12-02:616.895-085.214.32
https://doi.org: 10.20538/1682-0363-2018-4-85-93

Для цитирования: Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Репин А.Н., Нонка Т.Г. Клиническая характеристика аффективных расстройств и эффективность антидепрессивной терапии у больных хронической ишемической болезнью сердца. *Бюллетень сибирской медицины*. 2018; 17 (4): 85–93.

Клиническая характеристика аффективных расстройств и эффективность антидепрессивной терапии у больных хронической ишемической болезнью сердца

Лебедева Е.В.^{1,2}, Счастный Е.Д.¹, Симуткин Г.Г.¹, Репин А.Н.², Нонка Т.Г.²

¹ Научно-исследовательский институт (НИИ) психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр (ТНИМЦ) Российской академии наук (РАН) Россия, 634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4

² Научно-исследовательский институт (НИИ) кардиологии, Томский национальный исследовательский медицинский центр (ТНИМЦ) Российской академии наук (РАН) Россия, 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111 а

РЕЗЮМЕ

Цель: определение структуры, клинических особенностей аффективных расстройств (АР) и эффективности приема антидепрессантов у стационарных больных хронической ишемической болезнью сердца (ИБС), проживающих в г. Томске и Томской области.

Материалы и методы. В кардиологическом стационаре обследованы пациенты ($n = 1\ 131$) с хронической ИБС: у 290 из них (25,6%) выявлены АР, среди них 72,1% мужчин ($n = 209$) и 27,9% женщин ($n = 81$). Средний возраст женщин 63,5 (9,4) лет, мужчин – 57,9 (7,2) лет ($p = 0,004$). Изучена структура АР, основные синдромы, выраженность депрессии и тревоги по данным самоопросников и клинических шкал до и после антидепрессивной терапии преимущественно селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС). Проведен сравнительный анализ клинических показателей ИБС в зависимости от АР, наличия антидепрессивной терапии и ее эффективности.

Результаты. Хронические АР встречались в 45% (130/290), впервые возникшие депрессивные эпизоды (ДЭ) составили 24,5% (71/290), рекуррентные депрессивные расстройства (РДР) – 24% (70/290), биполярные аффективные расстройства (БАР) – 6,5% (19/290), из них: I типа (3/19) и II типа (16/19). Депрессивный синдром лишь в 8,3% случаев проявлялся типичной (меланхолической) симптоматикой, а у 91,7% (266/290) пациентов имел второй значимый компонент (чаще тревожный – 54,8% (159/290)). Особенностью клинической картины было преобладание жалоб на телесный дискомфорт и боль, анергию и ангедонию. Умеренные психические нарушения составили 49,0% (142/290) по данным шкалы общего клинического впечатления (CGI-S). АР манифестировали в 48 (40–55) лет и предшествовали развитию хронической ИБС. Естественное течение АР наблюдали в 52,4% (152/290) случаев. Принимали антидепрессанты 47,6% (138/290) пациентов, лишь в 42% (58/138) показано клинически значимое улучшение (более 50% по CGI-I). Отмечена сложность сохранения приверженности длительной терапии у больных АР и хронической ИБС. У респондеров статистически значимо увеличивалась толерантность к физической нагрузке по данным велоэргометрии. Для осуществления комплексной реабилитации пациентов с хронической ИБС необходимо обращать внимание на психическое состояние больных для выявления и терапии коморбидных АР.

Ключевые слова: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, коморбидность, респондирование, толерантность к физической нагрузке.

✉ Лебедева Елена Владимировна, e-mail: lebedevaev@sibmail.com.

ВВЕДЕНИЕ

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – одно из основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), связанных со смертностью населения в мире. В последние годы в лечении ИБС и предупреждении ее тяжелых осложнений отмечаются значимые успехи, связанные с внедрением высокотехнологичных вмешательств на коронарных сосудах. На течение и прогноз ИБС влияет и состояние психического здоровья, а именно аффективные расстройства (АР). Эпидемиологические исследования показали, что при ССЗ депрессии выявляются чаще, чем в популяции (20–40% против 2,5–10%) [1, 2].

Депрессия признана фактором риска развития ИБС в связи с общими патофизиологическими, поведенческими, ятрогенными механизмами. Патофизиологический механизм связывают с активацией гипоталамо-гипофизарной и симпатoadrenalовой систем, подавлением активности системы серотонина, активацией тромбоцитов, цитокинов и простагландинов. Поведенческий механизм реализуется через снижение физической активности и общения, переизбыток и неправильное питание, злоупотребление табаком и алкоголем, а также через отказ следовать рекомендациям врачей. Ятрогенный механизм метаболических нарушений и последующего развития ИБС описан при шизофрении [3] и БАР в случае назначения атипичных антипсихотиков. Появление АР после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) значительно ухудшает прогноз и течение коронарной болезни [4].

Биопсихосоциальная реабилитация для больных с АР и хронической ИБС [5] предполагает воздействие на каждый из механизмов. Известны исследования антидепрессантов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) у пациентов с перенесенным ИМ, сочетанным с депрессией. Лечение сертралином показало эффективность, хорошую переносимость, низкий уровень побочных эффектов (ПЭ), статистически значимое снижение частоты повторного ИМ и сердечно-сосудистого риска [6–8].

Антидепрессанты могут влиять на клиническую динамику депрессии и ИБС через патофизиологическое воздействие (снижение активности гипоталамо-гипофизарной системы, симпатoadrenalовой системы, активацию серотонинергической системы, подавление тромбоцитарной активности), а также через влияние на поведенческие механизмы (анорексигенный эффект, повышение двигательной активности, расширение

социальных контактов и планов на будущее, увеличение комплаентности) [9]. СИОЗС рекомендованы в кардиологии и общей медицинской сети, они редко вызывают серьезные побочные эффекты [10, 11]. Поэтому в качестве первой линии антидепрессивной терапии у пациентов с коморбидными АР и хронической ИБС нами были выбраны препараты из группы СИОЗС, а также другие средства с низким риском кардиотоксических ПЭ.

Наиболее оптимальной в отношении полиморбидных заболеваний признана работа междисциплинарной команды (врачей-кардиологов, специалистов службы психического здоровья и других специальностей), которая должна быть направлена на выявление и терапию АР у больных ИБС. Рациональная антидепрессивная терапия приводит к повышению качества жизни пациентов, улучшению настроения. Междисциплинарный подход к изучению проблемы полиморбидности, реализации комплексных и персонализированных программ реабилитации позволяет разрабатывать критерии прогноза эффективности и оптимального алгоритма подбора антидепрессантов на фоне вынужденной полипрагмазии у больных с сочетанными заболеваниями.

Цель – определение структуры, клинической характеристики АР и эффективности приема антидепрессантов у больных хронической ИБС. В связи с этим исследовались выраженность АР по данным шкал и их динамика на фоне антидепрессивной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследование больного и ведение случая осуществлялись междисциплинарной группой врачей и медицинского персонала в рамках модели биопсихосоциальной реабилитации. В отделении реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями НИИ кардиологии, ТНИМЦ РАН, обследован 1 131 больной с хронической ИБС. У 290 (25,6%) диагностированы АР, в том числе 72,1% мужчин (209/290) и 27,9% женщин (81/290). Средний возраст женщин ($63,5 \pm 9,4$) лет, мужчин ($57,9 \pm 7,2$) лет ($p = 0,004$).

Все больные подвергались общеклиническому, лабораторному и инструментальному обследованиям. Использовали тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), велоэргометрию (ВЭМ) с определением толерантности к физической нагрузке (ТФН), эхокардиографию, скрининг самоопросниками (депрессии Бека, BDI; тревоги Шихана, ShARS; социального функционирования, SASS).

При выявлении повышенного уровня тревоги и депрессии по данным самоопросников пациенты были проконсультированы психиатром для клинической верификации диагноза, также психическое состояние оценивалось с помощью стандартизированных клинических инструментов. Изучены структура АР, основные синдромы, выраженность депрессии и тревоги по данным самоопросников и клинических шкал (общего клинического впечатления (CGI) с субшкалами оценки тяжести (CGI-S), динамики (CGI-I) и показателя эффективности терапии (рассчитывают по совокупности степени терапевтического эффекта и выраженности побочных эффектов), депрессии (HDRS) и тревоги Гамильтона (HARS), шкалы побочных эффектов (UKU). Для лечения АР психиатром назначались препараты преимущественно из группы СИОЗС, обычно в монотерапии. Также пациенты могли воспользоваться краткосрочной психотерапией (преимущественно гуманистической и когнитивно-поведенческой). Больные получали общепринятую консервативную терапию стенокардии и хронической сердечной недостаточности (ХСН), дозированные физические тренировки и обучались в школах больных ИБС.

Далее пациенты направлялись на санаторный и амбулаторный этапы реабилитации. В начале вмешательства и спустя 1 и 6 мес пациенты осматривались психиатром, кардиологом для оценки клинической динамики и эффективности реабилитации и проведения необходимых исследований. Ответ на антидепрессивную терапию оценивали в соответствии с клинической динамикой: при более 50% улучшении по субшкале CGI-I пациентов относили к респондерам, при 30–50% улучшении – к частичным респондерам, менее 30% – к нереспондерам.

Для статистической обработки полученных данных использовали пакет программ Statistica, v. 8,0: Т-критерий для зависимых и независимых групп при параметрических данных; при отсутствии нормального распределения признаков использовались критерий Манна – Уитни и критерий Вилкоксона, для оценки частот – метод χ -квадрат. Данные представлены в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей $Me (Q_1 \div Q_3)$. Критический уровень достоверности отсутствия значимых различий принимали $p = 0,05$. Для выявления взаимосвязи признаков использовался корреляционный анализ – непараметрический критерий Спирмена (R_s).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В жалобах пациенты акцентировали внимание врача на телесных ощущениях, разного типа боли, снижении энергии («нет сил») и ангедонии. Собственно депрессивные симптомы удавалось выявить лишь в процессе беседы. Фиксация пациентов на соматических жалобах и телесных ощущениях описана V.S. Sobennikov и соавт. (2016) при разных психических расстройствах [12]. Основные синдромы у больных кардиологического стационара с хронической ИБС и АР приведены в табл. 1. Показано, что депрессивный синдром в 91,7% (266/290) имел второй значимый компонент (чаще всего тревожный) – 54,8% (159/290). И только у 8,6% пациентов (25/290) психическое состояние диагностировано как типичная (меланхолическая) депрессия.

Т а б л и ц а 1
Table 1

Основные депрессивные синдромы у больных кардиологического стационара с хронической ИБС и АР, $n = 290$	
Major depressive syndromes in indoor cardiac patients with chronic CHD and AD, $n = 290$	
Синдром Syndrome	Количество случаев, абс. (отн., %) Number of cases, abs. (rel., %)
Тревожно-депрессивный Anxiodepressive	159 (54,8)
Депрессивно-дисфорический Dysphoric and depressive	44 (15,2)
Астено-депрессивный Asthenic and depressive	35 (12,1)
Смешанный (депрессивно-маниакальный) Mixed (depressive and maniac)	3 (1,0)
Депрессивный (меланхолический) Depressive (melancholic)	25 (8,6)
Депрессивный с другими компонентами Depressive with other components	24 (8,3)

П р и м е ч а н и е. Здесь и в табл. 2–5: ИБС – ишемическая болезнь сердца, АР – аффективные расстройства.

Н o t e. Here and in tab. 2–5: CHD – coronary heart disease, AD – affective disorders.

Таким образом, клиническая картина может быть полиморфной, часто с тревожным компонентом, что затрудняет диагностику.

В структуре аффективных расстройств преобладали хронические расстройства настроения (дистимия) – 45% (130/290). Отмечены впервые возникшие депрессивные эпизоды (ДЭ) и рекуррентные депрессивные расстройства (РДР) –

24 (70/290) и 24,5% (71/290) соответственно. Биполярные аффективные расстройства (БАР) выявлены у 6,5% (19/290) из них: I типа (3/19) и II типа (16/19). Структура АР у больных кардиологического стационара с хронической ИБС представлена на рис.

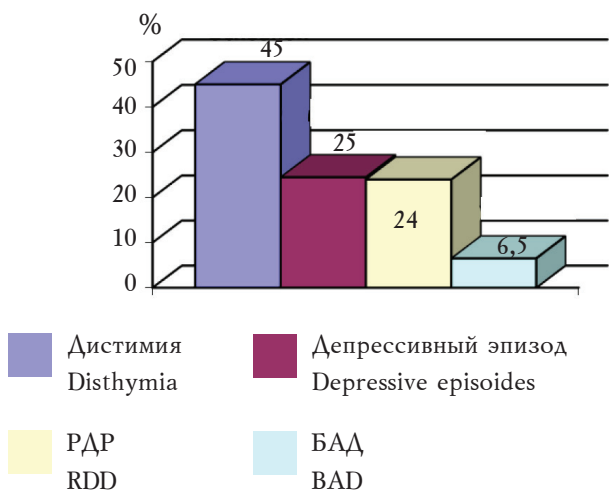


Рисунок. Структура аффективных расстройств при хронической ИБС у пациентов кардиологического стационара, n = 290

Figure. Structure of affective disorders in chronic CHD in indoor cardiac patients, n = 290

По субшкале оценки степени тяжести (CGI-S) чаще встречались пациенты с умеренными психическими нарушениями (49,0%, 142/290), психическое состояние 48,6% пациентов (141/290) оценено как легкое, 2,4% (7/290) – как тяжелое.

Возраст манифестации АР у пациентов составил 48 (40÷55) лет. Обнаружена связь начала аффективного расстройства с психотравмирующими ситуациями. Длительность АР была 10 (3,5÷20) лет. Возраст текущих ДЭ – 57 (52÷63) лет, продолжительность текущего аффективного эпизода 6 (3÷12) мес. Количество депрессивных эпизодов при РДР составляло 2 (2÷3), длительность дистимии 10 (3÷12) лет. Ретроспективный анализ анамнестических данных этих пациентов показывает, что на фоне острых катастрофических событий или нескольких мелких, но индивидуально значимых для пациента, произошедших в короткий период времени, развивалось депрессивное расстройство, обычно не леченное, которое впоследствии спонтанно редуцировалось или хронизировалось. И уже на фоне АР возникала ИБС (табл. 2). В 24% случаев АР (впервые возникшие депрессивные эпизоды) возникло на фоне существующей ИБС.

Таблица 2
Table 2

Характеристика пациентов с АР и хронической ИБС, n = 290	
Characteristic of patients with AD and chronic CHD, n = 290	
Параметр Characteristic	Значение Value
Коронарный стаж, годы, Me (Q ₁ ÷Q ₃) CHD history, years, Me (Q ₁ ÷Q ₃)	5 (2÷10)
ФКС, Me (Q ₁ ÷Q ₃) Functional class of angina, Me (Q ₁ ÷Q ₃)	2,5 (2÷3)
ФК ХСН, Me (Q ₁ ÷Q ₃) CCF functional class, Me (Q ₁ ÷Q ₃)	2 (1÷3)
ПИКС, n (%) Postinfarction cardiosclerosis, n (%)	171 (59,2)
НТГ, n (%) IGT, n (%)	31 (10,7)
СД, n (%) DM, n (%)	42 (14,5)
Перенесенная ОНМК, n (%) Earlier acute cerebrovascular event, n (%)	17 (5,9)
ТИА, n (%) TIA, n (%)	3 (1)
Не курили, n (%) Never smoked, n (%)	90 (31,1)
Прекратили курить, n (%) Stopped smoking, n (%)	66 (22,8)
Стаж отказа от курения, Me (Q ₁ ÷Q ₃) Smoking cessation history, Me (Q ₁ ÷Q ₃)	5 (1÷17)
Продолжают курить, n (%) Continue smoking, n (%)	76 (26,3)
Стаж курения, Me (Q ₁ ÷Q ₃) Smoking history, Me (Q ₁ ÷Q ₃)	30 (25÷40)
Принимали статины, n (%) Took statins, n (%)	140 (48,4)

Примечание. ФКС – функциональный класс стенокардии, ФК ХСН – функциональный класс хронической сердечной недостаточности, ПИКС – постинфарктный кардиосклероз, НТГ – нарушение толерантности к глюкозе, СД – сахарный диабет, ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, ТИА – транзиторная ишемическая атака. Note. CCF – chronic cardiac failure, IGT – impaired glucose tolerance, DM – diabetes mellitus, TIA – transient ischemic attack.

Наличие АР связано с низким уровнем социальной адаптации (Rs = 0,3). Социальная адаптация была оценена как затрудненная (33,8 (6,5)) баллов по одноименной шкале. Нарушение адаптации проявлялось в быту, семейных отношениях, общении с другими людьми, трудности управления доходами, интересах и проведении досуга, потере вовлеченности в общественную жизнь. По количеству перенесенных инфарктов пациенты с АР (дистимия, ДЭ, РДР, БАР) статистически значимо не различались (p = 0,5), что может говорить о влиянии АР на течение и прогноз ИБС независимо от тяжести депрессивного состояния.

Далее анализировались две группы пациентов: 1-я (принимали антидепрессанты – 47,6%, 138/290), 2-я группа (без антидепрессивной терапии – 52,4%, 152/290) (табл. 3).

Т а б л и ц а 3

T a b l e 3

Формирование групп в зависимости от наличия антидепрессивной терапии Groups depending on antidepressive therapy	
Группа Group	Количество случаев, абс. (отн., %) / Number of cases, abs. (rel., %)
Не принимали антидепрессанты (2-я группа): Did not take antidepressants (2 nd group):	152/290 (52,4%)
отказ от приема из-за нежелания; refused taking due to unwillingness	92/152 (60,5)
отказ от приема из-за побочных эффектов; refused taking due to side effects	2/152 (1,3)
терапия не назначалась therapy was not prescribed	58/152 (38,2)
Принимали антидепрессанты (1-я группа) Took antidepressants (1 st group)	138/290 (47,6)

Два пациента отказались принимать антидепрессанты в течение недели из-за выраженной тошноты (из-за невозможности оценки эффективности антидепрессивной терапии они были отнесены ко 2-й группе), 20,5% (58/290) больным терапия антидепрессантами не назначалась в связи с планируемыми инвазивными вмешательствами, вынужденной полипрагмазией (прием более 11 лекарственных средств) или несовместимостью соматотропной и антидепрессивной терапии (с ними проводилась краткосрочная психотерапия).

Пациенты этих двух групп статистически значимо не различались по длительности коронарного стажа (6,9 (4,8) и (6,5 (6,1)) лет, индексу массы тела (29,5 (4,3) и (29,1 (3,6)) и фракции выброса левого желудочка (58,3 (11,4) и (58,5 (11,0))%).

Общая длительность приема антидепрессантов составила 3 (1÷6) мес, у респондеров – 5 (1÷6) мес, у нонреспондеров – 1 (1÷1) мес. Клинически значимое улучшение состояния (респондирование) спустя 4 нед терапии показали 42,0% (58/138), незначительное улучшение отмечено у 42,8% (59/138) пациентов, у 15,2% (21/138) клинической динамики не было.

Спустя 6 мес от начала наблюдения пациенты с АР были осмотрены психиатром и кардиологом, проведены повторные исследования (табл. 4).

Т а б л и ц а 4

T a b l e 4

Динамика депрессии и тревоги по данным шкал у респондеров, баллы, $Me (Q_1 \div Q_3)$ Changes in the depression and anxiety reported by responders according to various scoring systems, points, $Me (Q_1 \div Q_3)$					
Шкала Scoring system	Начало наблюдения, Beginning of supervision	Через 1 мес One month later	p	Через 6 мес Six months later	p
BDI	9 (7÷14)	5 (4÷7)	0,00008	5 (3÷8)	0,001
ShARS	40 (29÷57)	21 (14÷31)	0,00001	26 (12,5÷36,5)	0,02
SASS	33 (28÷38)	–	–	38 (33÷42)	0,2
HDRS	19 (10÷24)	11 (8÷15)	0,0000	8 (6÷12)	0,0000
HARS	19 (9÷24)	10 (7÷15)	0,0000	7 (6÷13,5)	0,0000
S-CGI	4 (4÷4)	3 (2÷3)	0,0000	0 (0÷3)	0,0000
I-CGI	–	3 (2÷3)	–	0 (0÷2)	0,0000

Ответ на антидепрессивную терапию был выявлен у 42% пациентов спустя 1 мес терапии.

Несмотря на хороший терапевтический ответ на антидепрессанты, статистически значимого улучшения самооценки социальной адаптации мы не получили, что может быть связано с хроническим течением АР и недостаточной продолжительностью антидепрессивной терапии. По шкалам самооценки депрессии и тревоги и по клиническим шкалам отмечено улучшение (табл. 5).

Показатель эффективности терапии по субшкале CGI спустя 4 нед после начала антиде-

прессивной терапии составила 5,4 (5–9): умеренное улучшение с незначительной выраженностью ПЭ. Они были слабо выражены (по шкале UKU), спонтанно редуцировались на 2-й нед лечения и не нарушали повседневное функционирование (тошнота 12,9%, сонливость 9,6%).

Прием антидепрессантов показал клинически значимое улучшение у 42% пациентов, а статистически значимое – 84,8%. Отмечена трудность сохранения приверженности длительной терапии респондеров и частичных респондеров.

Т а б л и ц а 5
T a b l e 5Динамика депрессии и тревоги по данным шкал у больных АР и хронической ИБС при незначительном улучшении, баллы, $Me (Q_1 \div Q_3)$ Changes in depression and anxiety reported by patients with slight improvement of AD and CHD according to various scoring systems, points, $Me (Q_1 \div Q_3)$

Шкала Scoring system	Начало наблюдения Beginning of supervision	Через 1 мес One month later	p	Через 6 мес Six month later	p
BDI	8 (6÷13)	8 (6–11,5)	0,01	7 (3÷11)	0,7
ShARS	40 (24÷58)	32 (28–35)	0,02	35 (26÷44)	0,1
SASS	31 (27÷37)	–	–	32 (27÷34,5)	0,7
HDRS	15 (10÷23)	13 (7–16)	0,0000	11 (8÷16)	0,01
HARS	18 (9÷22)	10,5 (7–14)	0,0000	17 (9÷19)	0,02
S-CGI	4 (4÷4)	3 (3–4)	0,0000	3 (3÷4)	0,1
I-CGI	–	3 (3–3)	–	3 (3÷4)	0,1

Мотивами отказа от дальнейшего приема антидепрессантов при улучшении настроения были следующие: достижение облегчения самочувствия и стремление к курсовому приему. В качестве мотивов отказа от дальнейшего приема антидепрессантов при незначительном улучшении пациенты указывали: финансовую недоступность препаратов, большое количество принимаемых лекарств, отсутствие заметного эффекта.

Различия показателей соматического функционирования у респондеров, частичных респондеров и нонреспондеров не выявлено (в том числе по ФК ХСН и фракции выброса левого желудочка), кроме таковых ФКС между респондерами и частичными респондерами (т. е. респондеры и нонреспондеры имели более легкий функциональный класс, чем частичные респондеры). У респондеров обнаружено увеличение ТФН (по ВЭМ с 44,7 (25–50) до 75,0 (50–100) Вт ($p = 0,02$)); по ТШХ – с 333,5 (250–400) до 390,0 (300–425) м ($p = 0,07$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пациентов с хронической ИБС и коморбидными АР ($n = 290$), проживающих в г. Томске и Томской области, основным синдромом был депрессивный, имеющий в 91,7% случаев второй значимый компонент (преимущественно тревожный, 54,8%) с акцентом на телесные жалобы боли, анергии и ангедонии. Преобладали пациенты с умеренно выраженными психическими нарушениями (49,0%) по шкале CGI. Структура АР была представлена: хроническими расстройствами настроения (45%), впервые возникшими депрессивными эпизодами (24,5%), рекуррентным депрессивным расстройством (24%), в 6,5% биполярными аффективными расстройствами. В возрасте 48 (40–55) лет происходила манифе-

стация аффективного расстройства, обычно ассоциировавшаяся с психотравмирующей ситуацией и предшествующая развитию ИБС. Естественное течение АР наблюдалось в 52,4% случаев из-за отказа пациентов или неопределенного риска для здоровья, обуславливающего выбор психотерапии. Использование антидепрессантов привело к клинически значимому улучшению у 42% пациентов при средней длительности терапии 5 (1–6) мес. Респондеры показали статистически значимое увеличение ТФН по данным ВЭМ. Отмечена сложность проведения длительной антидепрессивной терапии как респондеров, так и частичных респондеров. Следует обращать внимание на психосоциальные факторы риска ИБС, в том числе и аффективные расстройства, для их выявления и лечения. Пациентам с хронической ИБС и АР в реабилитационных программах необходимы оптимальная психофармако- и психотерапия.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии источников финансирования при проведении исследования.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья (протокол № 53 от 01.10.2012 г.).

ВКЛАД АВТОРОВ

Лебедева Е.В., Нонка Т.Г. – проведение исследований, статистический анализ и интерпретация данных. Симуткин Г.Г. – разработка концепции и дизайна исследования,

обоснование рукописи. Счастный Е.Д., Репин А.Н. – проверка критически важного интеллектуального содержания и окончательное утверждение рукописи для публикации.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Wuslin L., Vaillant G., Wells V. A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom. Med.* 1999; 61 (1): 6–17. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006842-199901000-00003>.
2. Корнетов А.Н. Оценка депрессивных расстройств у больных, страдающих соматическими заболеваниями, в условиях первичной медицинской сети. *Российский психиатрический журнал.* 2007; 1: 37–41. [Kornetov A.N. Evaluation of depressive disorders of patients suffering from somatic illnesses in primary medicinal network. *Rossiiskii psikiatricheskii zbornik – Russian Journal of Psychiatry.* 2007; 1: 37–41 (in Russ.)].
3. Корнетова Е.Г., Семке А.В. Современные вопросы и перспективы изучения шизофрении с ведущей негативной симптоматикой. *Бюллетень сибирской медицины.* 2014; 13 (1): 5–13. [Kornetova Y.G., Semke A.V. Contemporary issues and perspectives on the studying of schizophrenia with negative symptoms leading. *Byulleten' sibirskoy meditsiny – Bulletin of Siberian Medicine.* 2014; 13 (1): 5–13 (In Russ.)]. DOI: 10.20538/1682-0363-2014-1-5-13.
4. Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation.* 1995; 91(4): 999–1005. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.CIR.91.4.999>.
5. Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П., Семке В.Я., Лебедева В.Ф., Епанчинцева Е.М., Редчиц О.А., Костин А.К., Лукьянова Е.В. Особенности медицинской реабилитации пациентов с непсихотическими психическими расстройствами, ассоциированными с соматическими заболеваниями. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2011; 4: 78–84. [Belokrylova M.F., Garganeeva N.P., Semke V.Ya., Lebedeva V.F., Epanchintseva E.M., Redchits O.A., Kostin A.K., Lucyanova E.V. Features of medical rehabilitation of patients with nonpsychotic mental disorders associated with physical diseases. *Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii – Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2011; 4: 78–84 (in Russ.)].
6. Taylor C.B., Youngblood M.E., Catellier D., Veith R.C., Carney R.M., Burg M.M., Kaufmann P.G., Shuster J., Mellman T., Blumenthal J.A., Krishnan R., Jaffe A.S.; ENRICH Investigators effects of antidepressant education on morbidity and mortality in depressed patients after myocardial infarction. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2005; 62 (7): 792–798. DOI: 10.1001/archpsyc.62.7.792.
7. Glassman A.H., O'Connor C.M., Califf R.M., Swedberg K., Schwartz P., Bigger J.T. Jr., Krishnan K.R., van Zyl L.T., Swenson J.R., Finkel M.S., Landau C., Shapiro P.A., Pepine C.J., Mardekian J., Harrison W.M., Barton D., McIvor M. Sertraline Antidepressant Heart Attack Randomized Trial (SADHEART) Group. *JAMA.* 2002; 288 (6): 701–709. DOI:10.1001/jama.288.6.701.
8. Mohapatra P.K., Kar N., Kar G.C., Behera M. Effectiveness of sertraline in treatment of depression in a consecutive sample of patients with acute myocardial infarction: six month prospective study on outcome *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health.* 2005; 9 (1): 26. DOI: 10.1186/1745-0179-1-26.
9. Swenson J.R., Doucette S., Fergusson D. Adverse cardiovascular events in antidepressant trials involving high-risk patients: a systematic review of randomized trials. *Can. J. Psychiatry.* 2006; 51 (14): 923–929.
10. Погосова Г.В., Оганов Р.Г., Краснов В.Н. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика.* 2007; 6 (1); S1: 1–23. [Pogossova G.V., Oganov R.G., Krasnov V.N. Modern approaches to diagnosis and treatment of depressive spectrum disorders in general medicine practice. *Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika – Cardiovascular Therapy and Prevention.* 2007; 6 (1); S1: 1–23 (in Russ.)].
11. Narayan S.M., Stein M.B. Do depression or antidepressants increase cardiovascular mortality? The absence of proof might be more important than the proof of absence. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2009; 53 (11): 959–961. DOI: 10.1016/j.jacc.2008.12.009.
12. Собенников В.С., Прокопьева М.Л., Собенникова В.В. Клиника соматизированной депрессии при различном типе течения аффективного заболевания в зависимости от гендерного фактора. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.* 2016; 1 (6): 108–113. [Sobennikov V.S., Prokopieva M.L., Sobennikova V.V. Clinical picture of somatized depression in a different type of course of affective disease respective from gender factor. *Byulleten' VSNTs SO RAMN – Bulletin of ESSC SB RAMS.* 2016; 1 (6): 108–113 (in Russ.)].

Поступила в редакцию 25.04.2018

Подписана в печать 09.11.2018

Лебедева Елена Владимировна, канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, ТНИМЦ РАН, г. Томск. ORCID iD 0000-0001-6117-6454.

Счастный Евгений Дмитриевич, д-р мед. наук, профессор, зав. отделением аффективных состояний, НИИ психического здоровья, ТНИМЦ РАН, г. Томск. ORCID iD 0000-0003-2148-297X.

Симуткин Герман Геннадьевич, д-р мед. наук, профессор, вед. научный сотрудник, отделение аффективных состояний, НИИ психического здоровья, ТНИМЦ РАН, г. Томск. ORCID iD 0000-0002-9813-3789.

Репин Алексей Николаевич, д-р мед. наук, профессор, руководитель отделения общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, НИИ кардиологии, ТНИМЦ РАН, г. Томск. ORCID iD 0000-0001-5452-7455.

Нонка Татьяна Геннадьевна, канд. мед. наук, мл. науч. сотрудник, отделение общеклинической кардиологии и эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, НИИ кардиологии, ТНИМЦ РАН, г. Томск.

(✉) Лебедева Елена Владимировна, e-mail: lebedevaev@sibmail.com.

УДК 616.12-005.4-036.12-02:616.895-085.214.32

<https://doi.org/10.20538/1682-0363-2018-4-85-93>

For citation: Lebedeva E.V., Schastnyy E.D., Simutkin G.G., Repin A.N., Nonka T.G. Clinical description of affective disorders and efficiency of antidepressant therapy. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2018; 17 (2): 85–93.

Clinical description of affective disorders and efficiency of antidepressant therapy

Lebedeva E.V.^{1,2}, Schastnyy E.D.², Simutkin G.G.², Repin A.N.², Nonka T.G.²

¹ *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (TNRMC) of Russian Academy Sciences (RAS)*

4, Aleutskaya Str., Tomsk, 634014, Russian Federation

² *Cardiology Research Institute, Tomsk National Research Medical Center (TNRMC) of Russian Academy Sciences (RAS)*
111a, Kievskaya Str., Tomsk, 634012, Russian Federation

ABSTRACT

Objective: to identify the structure and clinical features of affective disorders (AD) and efficiency of antidepressants in in-patients with chronic coronary artery disease (ChCAD), living in Tomsk and the Tomsk Region.

Materials and methods. At a heart center, 1,131 patients with ChCAD were examined: in 290 persons (25.6%) AD were revealed, among them 72.1% were men ($n = 209$) and 27.9% were women ($n = 81$). Mean age of women was (63.5 ± 9.4) years and in men (57.9 ± 7.2) years ($p = 0.004$). AD structure, main syndromes, severity of depression and anxiety according to data of self-questionnaires and clinical scales before and after antidepressant therapy (predominantly with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI)) were studied. Comparative analysis of clinical indices of CAD respective from AD, presence of antidepressant therapy and its efficiency was performed.

Results. Chronic AD were found in 45% of patients. Newly diagnosed depressive episodes made up 24.5% and recurrent depressive disorder (RDD) was 24%. 6.5% were bipolar affective disorders (BAD), predominantly bipolar II disorders. Depressive syndrome in 91.7% of patients had the second significant component (more frequently 54.8%). Characteristic of the clinical picture was dominance of complaints of bodily discomfort and pain, anergy and anhedonia. Moderate mental disturbances made up 49.0% (CGI). AD manifested at the age of 48 (40–55) years and preceded development of ChCAD. Natural course of AD was observed in 52.4% of cases. 47.6% (138/290) of patients received antidepressants, and only in 42% (58/138) clinically significant improvement was noted (more than 50% according to CGI). It was difficult to encourage patient adherence to long-term therapy (30–50% according to CGI). Physical activity tolerance (PAT) according to data of veloergometry increased in responders. Psychopharmaco- and psychotherapy should be included into rehabilitative programs for patients with ChCAD and AD.

Key words: comorbidity, selective serotonin reuptake inhibitor, exercise tolerance.

CONFLICT OF INTEREST

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

SOURCE OF FINANCING

The authors state that there is no funding for the study.

**CONFORMITY WITH
THE PRINCIPLES OF ETHICS**

The study was approved by the local ethics committee under Mental Health Research Institute (Protocol No. 53 of 01.10.2012 г.).

Received 25.04.2018

Accepted 09.11.2018

Lebedeva Elena V., PhD, Senior Researcher, Affective States Department, Mental Health Research Institute, TNRMC RAS, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-6117-6454.

Schastnyy Evgeny D., DM, Professor, Head of the Affective States Department, Mental Health Research Institute, TNRMC RAS, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0003-2148-297X.

Simutkin German G., DM, Leading Researcher, Affective States Department, Mental Health Research Institute, TNRMC RAS, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-9813-3789.

Repin Alexey N., DM, Professor, Head of the Department of General Clinical Cardiology and Epidemiology of Cardiovascular Diseases, Cardiology Research Institute, TNRMC RAS, Tomsk, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-5452-7455.

Nonka Tatiana G., PhD, Junior Researcher, Department of General Clinical Cardiology and Epidemiology of Cardiovascular Diseases, Cardiology Research Institute, TNRMC RAS, Tomsk, Russian Federation.

(✉) **Lebedeva Elena V.**, e-mail: lebedevaev@sibmail.com.