

Дадашова Г.М.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Научно-исследовательский институт кардиологии им. Дж. Абдуллаева, AZ1072, г. Баку, Азербайджан

♦ Цель. Оценить гендерные особенности клинко-соматического статуса у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесших инфаркт миокарда (ИМ), исследовать их связь с психоэмоциональным состоянием, а также возможности медикаментозной коррекции.

Все больные были подвергнуты обычным методам общеклинического обследования, которые включали, помимо сбора анамнеза, физикальный осмотр, тест с 6-минутной ходьбой, оценку клинического состояния по шкале ШОКС (R. Cody, 1993, в модификации В.Ю. Мареева, 2000). Обследованы 150 больных ХСН, перенесших ИМ, в том числе 75 мужчин и 75 женщин. Все обследованные были рандомизированы на три группы. Пациенты 1-й группы (25 мужчин и 25 женщин) получали базисную терапию и ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) периндоприл (Престариум, Servier) в дозе 5—10 мг/сут. Больные 2-й группы (25 мужчин и 25 женщин) помимо базисной терапии принимали валсартан (Диован, Novartis) в дозе 80—160 мг/сут. В схему лечения пациентов 3-й группы (25 мужчин и 25 женщин) кроме базисной терапии (с ИАПФ и/или блокатором рецепторов ангиотензина) был включен сертралин (Золофт, Pfizer) в дозировке 50 мг/сут.

В группе обследованных пациентов с ХСН, перенесших ИМ, мужчины были моложе женщин. Психоэмоциональные перегрузки как фактор риска чаще наблюдались у больных женского пола. Выявлено, что в группе больных ХСН, перенесших ИМ, часто встречался сахарный диабет, причем у женщин в 2,3 раза чаще, чем у мужчин. Артериальная гипертензия (АГ) выявлялась у всех женщин с ХСН, перенесших ИМ. Длительность АГ тоже имеет свои особенности: женщины страдали АГ в 2 раза дольше, чем мужчины. Проводимая терапия оказывала сопоставимый клинический эффект и у мужчин, и у женщин всех трех групп. На фоне терапии наибольший положительный эффект наблюдался в группе пациентов, получавших периндоприл в сочетании с сертралином.

Выявлены гендерные особенности факторов риска у больных ХСН, перенесших ИМ: у женщин — АГ, встречающаяся в 1,4 раза чаще (100%), и сахарный диабет, выявляемый в 2,3 раза чаще (30%), чем у мужчин. Длительность АГ тоже имеет гендерные особенности, так как женщины страдали АГ в 2 раза дольше, чем мужчины. Учитывая повышенный уровень тревоги у большинства пациентов с ХСН, перенесших ИМ, применение в составе комбинированной терапии сертралина приводит к дополнительным положительным клиническим эффектам, что достоверно в большей степени выражено у женщин.

Ключевые слова: гендерные особенности; сердечная недостаточность; сертралин.

Для цитирования: Дадашова Г.М. Гендерные особенности клинко-соматического и психоэмоционального статуса у больных с хронической сердечной недостаточностью. *Российский медицинский журнал*. 2016; 22(1): 17—22.
DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-1-17-22.

Для корреспонденции: Дадашова Гюльназ Махировна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения сердечной недостаточности. E-mail: dadashovagulnaz@mail.ru

Dadashova G.M.

THE GENDER CHARACTERISTICS OF CLINICAL SOMATIC AND PSYCHO-EMOTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE

The J. Abdullaev research institute of cardiology, AZ1072, Baku, Azerbaydzhan

♦ The article presents the results of evaluation of gender characteristics of clinical somatic and psycho-emotional status in patients with chronic heart failure and old myocardium infarction, including analysis of their relationship with psycho-emotional conditions and possibilities of pharmaceutical correction. All patients were subjected to common techniques of clinical examination including, besides medical history information gathering, physical examination, test with six minutes walking, evaluation of clinical conditions according NYHA scale (R. Cody, 1993 modification of V.Yu. Mareiev 2000). The sampling for examination included 150 patients survived myocardium infarction, 75 males and 75 females. All examined patients were randomized on three groups. The patients of first group (25 males and 25 females) were given basic therapy and Perindopril (Prestartium, Servier) as inhibitor of angiotensin converting enzyme in dosage of 5-10 mg per day. The patients of second group (25 males and 25 females) besides basic therapy were given Valsartanum (Diovan, Novartis) in dosage of 80-160 mg per day. The scheme of treatment of patients of third group (25 males and 25 females) besides basic therapy (with inhibitor of angiotensin converting enzyme and/or blocker of angiotensin receptors) included Sertralinum (Zolofit, Pfizer) in dosage of 50 mg per day. In the group of examined patients with chronic heart failure and old myocardium infarction, males were younger than females. The psycho-emotional overloads as risk factor were observed more frequently in female patients. It is established that in group of patients with chronic heart failure and old myocardium infarction frequently occurs diabetes mellitus being that in 2.3 times more often in females than in males. The arterial hypertension was detected in all females with chronic heart failure and old myocardium infarction. The duration of arterial hypertension also has its characteristics: females suffered from arterial hypertension twice more often than males. The applied therapy provided comparative clinical effect both in males and females of all groups. Against the background of therapy the maximal effect was observed in group of patients received Perindopril in combination with Sertralinum.

The following gender characteristics of risk factors in patients with chronic heart failure and old myocardium infarction were detected: in females arterial hypertension was occurred 1.4 times more often (100%) and diabetes mellitus was detected 2.3 times more often (30%) in comparison with males. The duration of arterial hypertension also had gender characteristics because females suffered from arterial hypertension 2 times more often than males. Taking into account increased level of anxiety in most of the patients with chronic heart failure and old myocardium infarction the application of Sertralinum in composition of combined therapy results in additional positive clinical effects that is expressed more reliably in females.

Key words: gender characteristics; heart failure; Sertralinum.

Citation: Dadashova G.M. The gender characteristics of clinical somatic and psycho-emotional status in patients with chronic heart failure. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal*. 2016; 22(1): 17—22. (In Russ.) DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-1-17-22.

For correspondence: Gulnaz Dadashova, MD, PhD. E-mail: gulnazdadashova@mail.ru

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 02.04.15

Accepted 23.06.15

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают оставаться наиболее актуальной проблемой здравоохранения большинства стран мира, несмотря на непрерывное совершенствование методов диагностики и лечения кардиологических больных. По-прежнему сохраняется актуальность исследования проблемы хронической сердечной недостаточности (ХСН) и продолжается изучение ряда ее аспектов, в том числе в российской популяции больных. Ежегодная встречаемость ХСН составляет 10 на 1000 человек, около 300 000 человек погибают от данной болезни, а расходы на лечение достигли 1—2% всех расходов на здравоохранение [1—3].

Сохраняет актуальность проблема гендерных особенностей течения, диагностики и терапии ишемической болезни сердца (ИБС) [4, 5]. Традиционно ИБС рассматривается как болезнь мужчин среднего возраста, что часто приводит к недооценке риска ИБС у женщин, как самими пациентками, так и врачами, обуславливает меньшее представительство женщин в клинических исследованиях [6—8]. Выявлено, что прогноз ИБС, в частности инфаркта миокарда (ИМ), у женщин при внесении поправки на возраст более неблагоприятный в сравнении с лицами мужского пола [9—11].

С другой стороны, по прогнозам экспертов ВОЗ, к 2020 г. произойдут существенные изменения в структуре заболеваемости и смертности. Ожидается, что 1-е и 2-е места среди причин потери трудоспособности и смерти населения займут соответственно ИБС и депрессия [12, 13]. Рост количества депрессивных нарушений, их негативное взаимовлияние с сердечной патологией [14—18] требуют активного участия кардиологов в решении проблемы депрессивных расстройств. В настоящее время отсутствует определенная концепция диагностики и лечения данных нарушений у больных соматического, в том числе кардиологического профиля. По результатам крупного эпидемиологического исследования INTER-HEART [19, 20] выявлено, что депрессия/стресс являются третьим по значимости после дислипидемии и курения фактором риска развития ИМ как для мужчин, так и для женщин. Отрицательное влияние депрессии и тревоги не только на возникновение, но и на течение ИБС и ИМ [21, 22] определяет важность разработки мероприятий по первичной и вторичной профилактике психоэмоциональных нарушений, включения их в единую, общепринятую концепцию кардиоваскулярного риска [23, 24]. Учитывая высокую распространенность депрессивных расстройств у женщин в сравнении с мужчинами [24—26], не исключено, что одной из причин неблагоприятного прогноза при ИМ являются отклонения в психоэмоциональной сфере.

Исходя из этого, мы поставили перед собой задачу провести комплексное исследование влияния психоэмоционального состояния на клинико-соматические показатели у больных ХСН, перенесших ИМ, с учетом пола.

За последние годы распространенность основных факторов риска ССЗ существенно не изменилась, в то

же время уровень эмоционального стресса значительно увеличился. Г.В. Погосова [27, 28] подчеркивает, что депрессия — это новый фактор риска и предиктор коронарной смерти. ССЗ и депрессивные расстройства относятся к числу наиболее распространенных болезней, снижающих трудоспособность и приводящих к инвалидизации человека.

Следует отметить, что при всей актуальности обсуждаемой проблемы в доступной литературе мало работ [29, 30], посвященных анализу психоэмоционального состояния при лечении больных с ХСН, перенесших ИМ, в реальной клинической практике.

Таким образом, исследование особенностей психоэмоционального статуса у больных с ХСН, перенесших ИМ, в зависимости от пола представляет интересную, малоисследованную клиническую проблему, решение которой позволит обозначить эффективные пути лечения и предотвращения летального исхода с позиции гендера.

Цель работы — изучить гендерные особенности клинико-соматического статуса у больных с ХСН, перенесших ИМ, исследовать их связь с психоэмоциональным состоянием, а также возможности медикаментозной коррекции.

Материал и методы

Обследованы 150 пациентов (75 мужчин и 75 женщин) с ХСН, перенесших ИМ. Средний возраст в общей группе больных составил $57,6 \pm 8,09$ года, среди мужчин — $53,15 \pm 8,03$ года и среди женщин — $60,19 \pm 7,1$ года ($p < 0,05$).

Включение в исследование проводилось на стационарном этапе лечения на 10—12-е сутки после ИМ. У 109 (72,7%) пациентов верифицирован ИМ с элевацией сегмента ST, а у 41 (27,3%) — ИМ без зубца Q. Среди женщин реже встречался Q-позитивный ИМ — 61% против 76% в группе мужчин ($p < 0,05$).

В исследование не включались больные, перенесшие ИМ или инсульт менее 2 мес назад; наблюдавшиеся по поводу нестабильной стенокардии в течение последних 2 мес; пациенты с атриовентрикулярной блокадой II и III степени; синдромом слабости синусового узла; брадикардией < 60 уд/мин; выраженной гипотонией (систолическое артериальное давление < 90 мм рт. ст.); сопутствующими клапанными пороками; хронической обструктивной болезнью легких, бронхиальной астмой; нарушением функции печени; онкологическими заболеваниями. В число обследованных также не вошли пациенты с ХСН IV стадии, что обусловлено тяжестью состояния больных, затрудняющей проведение обследования, и потребностью в более агрессивной терапии.

Все обследованные методом случайной выборки были рандомизированы на три группы. Больные 1-й группы (25 мужчин и 25 женщин) получали базисную терапию (сердечные гликозиды, диуретики, антагонисты альдостерона, при необходимости пролонгированные нитраты, аспирин, аторвастатин (Липримар,

Pfizer)) и ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) периндоприл (Престариум, Servier) в дозе 5—10 мг/сут. Пациенты 2-й группы (25 мужчин и 25 женщин) помимо указанной базисной терапии принимали валсартан (Диован, Novartis) в дозе 80—160 мг/сут. В схему лечения больных 3-й группы (25 мужчин и 25 женщин) кроме базисной терапии (с ИАПФ и/или блокатором рецепторов ангиотензина) был включен сертралин (Золофт, Pfizer) в дозировке 50 мг/сут.

Диагноз ИБС и постинфарктного кардиосклероза устанавливался на основании клинико-анамнестических данных, результатов инструментального обследования (электрокардиографии, эхокардиографии). Стадию и функциональный класс (ФК) ХСН оценивали по классификации Общества специалистов по сердечной недостаточности 2002 г.

Все больные были подвергнуты общеклиническому обследованию, которое включало, помимо сбора анамнеза, физикальный осмотр, эхокардиографию, тест с 6-минутной ходьбой, оценку клинического состояния по шкале ШОКС (R. Cody, 1993, в модификации В.Ю. Мареева, 2000), оценку выраженности депрессивного синдрома с помощью шкалы Гамильтона. Динамику симптомов анализировали, применяя балльный подсчет полученных результатов. Максимально больной мог набрать 56 баллов. Выделяют три области значений суммарного балла по шкале Гамильтона: 0—8 — отсутствие депрессии; 8—20 — симптомы депрессии; свыше 20 баллов — депрессивное состояние.

Динамическое наблюдение за состоянием больных проводилось в течение 12 нед. Контрольные исследования выполнялись до лечения и через 12 нед регулярного приема препаратов.

Результаты

Общая характеристика обследованных больных, составленная на основании данных индивидуальных анкет, представлена в таблице. 1.

Обращает на себя внимание то, что мужчины с ХСН, перенесшие ИМ, были моложе женщин с ХСН, перенесших ИМ. Отягощенная наследственность (семейный анамнез ранних проявлений ССЗ) наблюдалась как у мужчин, так и у женщин. Психосоциальные перегрузки как фактор риска чаще отмечались у больных женского пола. При анализе сопутствующих заболеваний выявлено, что сахарный диабет часто встречался в группе пациентов с ХСН, перенесших ИМ, причем у женщин в 2,3 раза чаще, чем у мужчин. Артериальная гипертензия (АГ) выявлялась у 100% женщин. Длительность АГ тоже имеет свои особенности. Так, среди пациентов с ХСН, перенесших ИМ, женщины страдали АГ в 2 раза дольше, чем мужчины.

По длительности ИБС и времени, прошедшему после ИМ, группы достоверно не различались. Отмечено, что часть мужчин и женщин, перенесших ИМ, страдают безболевым формой ИБС. Кроме того, выявлено, что женщины с ХСН после ИМ имеют более высокий ФК стенокардии напряжения, чем мужчины.

Анализ распределения пациентов с ХСН в зависимости от стадии и ФК показал, что женщины, перенесшие ИМ, имели достоверно более выраженные проявления сердечной недостаточности по сравнению с мужчинами с ХСН и ИМ в анамнезе.

Особого внимания заслуживает оценка выраженности сердечной недостаточности у анализируемой груп-

Таблица 1
Характеристика групп обследованных больных

Показатель	Мужчины (n = 75)	Женщины (n = 75)
Средний возраст, годы	53,15 ± 8,03	60,19 ± 7,1*
Индекс массы тела, кг/м ²	28,78 ± 0,93	30,34 ± 0,91
Дислипидемия, %	100	100
Семейный анамнез ранних проявлений ССЗ, %	63	68
Гипертрофия левого желудочка (по данным электро- и эхокардиографии), %	79	89*
Ожирение, %	57	56
Психосоциальные перегрузки, %	71	76
Сахарный диабет 2-го типа, %	13	30*
Цереброваскулярная патология, %	38	33
Наличие АГ, %	77	100*
Длительность АГ, годы	6,98 ± 0,92	12,41 ± 0,91*
Длительность ИБС, годы	7,14 ± 0,94	6,12 ± 0,71
Давность ИМ, годы	4,79 ± 0,91	3,83 ± 0,54
ИМ с зубцом Q, %	76	61*
Стадия ХСН, %	I	43,2
	IIA	49
	IIIB	7,8
ФК ХСН по NYHA, %	I	3
	II	77
	III	20

Примечание. * $p < 0,05$.

пы больных. Анализ полученных данных показал, что пациенты, перенесшие ИМ, в основном имели сердечную недостаточность IIA стадии (49% мужчин и 75,3% женщин). I стадия ХСН была выявлена у 43,2% мужчин и всего у 16% женщин ($p < 0,05$).

Существенные отличия обнаружены и при анализе ФК ХСН: I ФК выявлен у 3% мужчин и 3% женщин, II ФК достоверно чаще встречался у мужчин (в 77% случаев против 45% у женщин), тогда как III ФК был выявлен у 52% женщин и всего у 20% мужчин.

Таким образом, полученные данные подтверждают результаты исследований последних лет, в которых продемонстрирована важная роль указанных факторов риска в развитии и прогрессировании ХСН [17, 22, 23, 27, 29, 30].

Обсуждая результаты исследования, следует проанализировать прежде всего динамику клинических симптомов заболевания на фоне проводимой терапии у мужчин и женщин с ХСН, перенесших ИМ. Результаты представлены в табл. 2—4.

Исходно толерантность к физической нагрузке у женщин всех трех групп была ниже, чем у мужчин. В группе пациентов, получавших периндоприл, до начала лечения разница в толерантности к физической нагрузке у мужчин и женщин не была достоверной, в двух других группах отмечена тенденция к более низким исходным показателям у женщин. При анализе динамики толерантности к физической нагрузке по данным теста с 6-минутной ходьбой выявлено, что на фоне стандартной терапии в сочетании с сертралином отмечено досто-

Таблица 2

Динамика показателей ШОКС и теста 6-минутной ходьбы у мужчин и женщин с ХСН на фоне терапии, включавшей периндоприл

Показатель	Мужчины			Женщины		
	исходно	через 12 нед	<i>p</i>	исходно	через 12 нед	<i>p</i>
Тест 6-минутной ходьбы, м	335,32 ± 13,21	400,01 ± 11,23*	0,001	278,13 ± 14,23	341,02 ± 13,52*	0,001
ШОКС, баллы	3,96 ± 0,73	2,75 ± 0,11*	0,005	4,88 ± 0,31	3,99 ± 0,38*	0,005

Примечание. Здесь и в табл. 3, 4: * $p < 0,05$.

Таблица 3

Динамика показателей ШОКС и теста 6-минутной ходьбы у мужчин и женщин с ХСН на фоне терапии, включавшей валсартан

Показатель	Мужчины			Женщины		
	исходно	через 12 нед	<i>p</i>	исходно	через 12 нед	<i>p</i>
Тест 6-минутной ходьбы, м	331,47 ± 11,31	405,64 ± 10,23*	0,001	281,99 ± 13,11	375,42 ± 11,69*	0,001
ШОКС, баллы	3,91 ± 0,22	2,69 ± 0,93*	0,001	4,99 ± 0,12	3,62 ± 0,74*	0,001

Таблица 4

Динамика показателей ШОКС, теста 6-минутной ходьбы и показателей шкалы Гамильтона у мужчин и женщин на фоне проводимой терапии, включавшей сертралин

Показатель	Мужчины			Женщины		
	исходно	через 12 нед	<i>p</i>	исходно	через 12 нед	<i>p</i>
Тест 6-минутной ходьбы, м	335,01 ± 14,51	412,01 ± 14,51*	0,001	297,62 ± 11,61	398,87 ± 11,90*	0,001
ШОКС, баллы	3,85 ± 0,45	2,73 ± 0,32*	0,001	4,82 ± 0,23	3,30 ± 0,12*	0,001
Шкала Гамильтона, баллы	22,74 ± 1,82	13,21 ± 1,22*	0,001	27,6 ± 3,12	13,01 ± 0,32*	0,001

верное ($p < 0,001$) увеличение дистанции, проходимой в течение 6 мин, и у мужчин и у женщин. Несмотря на отсутствие достоверной разницы в степени повышения толерантности к физической нагрузке, у женщин наблюдалась более выраженная положительная динамика показателей.

Сравнительный анализ эффективности разных схем лечения у мужчин и женщин не показал достоверных отличий. Тем не менее отмечена отчетливая тенденция к более выраженному увеличению толерантности к физической нагрузке у мужчин, получавших периндоприл в сочетании с сертралином, в сравнении с показателями пациентов, которым был назначен периндоприл или валсартан. У женщин эффективность различных схем лечения была сопоставима.

Оценивая динамику клинических проявлений на фоне проводимой терапии по данным ШОКС, следует обратить внимание на исходные параметры в группах. У женщин всех трех групп до начала лечения отмечались более выраженные проявления сердечной недостаточности, чем у мужчин. Тем не менее на фоне проводимой терапии достоверная положительная динамика отмечена и у мужчин и у женщин, независимо от выбранной схемы терапии.

У пациентов 3-й группы, получавших помимо базисной терапии периндоприл в сочетании с сертралином, проводилась оценка выраженности депрессивных расстройств, а также анализ эффективности проводимой терапии при помощи шкалы Гамильтона для оценки уровня депрессии.

Исходно у мужчин среднее количество набранных баллов составляло $22,74 \pm 1,82$, у женщин — $27,6 \pm 3,12$ что согласно шкале Гамильтона определялось как тяжелое депрессивное состояние. На фоне проводимой терапии состояние пациентов улучшилось, в результате повторного опроса через 12 нед количество баллов, на-

бранных мужчинами, в среднем составило $13,21 \pm 1,22$ ($p < 0,05$), у женщин этот показатель оказался равным $13,01 \pm 0,32$ ($p < 0,05$).

Таким образом, проводимая терапия оказывала сопоставимый клинический эффект и у мужчин и у женщин всех трех групп. Однако, несмотря на отсутствие достоверных различий в степени снижения анализируемых показателей на фоне проводимой терапии, наибольший положительный эффект наблюдался в группе пациентов, получавших периндоприл в сочетании с сертралином. Возможно, это связано, с одной стороны, с эффектом периндоприла, с другой — с улучшением настроения, снижением или отсутствием депрессии, страхов, уменьшением выраженности соматических симптомов на фоне приема сертралина.

Выводы

Выявлены гендерные особенности факторов риска у больных ХСН, перенесших ИМ: у женщин — АГ, встречающаяся в 1,4 раза чаще (100%), и сахарный диабет, выявляемый в 2,3 раза чаще (30%), чем у мужчин. Длительность АГ тоже имеет гендерные особенности, так как женщины страдали АГ в 2 раза дольше, чем мужчины.

Учитывая наличие у большинства пациентов с ХСН, перенесших ИМ, повышенного уровня депрессивных расстройств, применение в составе комбинированной терапии сертралина приводит к дополнительным положительным клиническим эффектам, что достоверно в большей степени выражено у женщин.

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 1—3, 5—8, 11, 19—20 см. References)

- Берн Ш. *Тендерная психология. Законы мужского и женского поведения*. СПб.: Прайм-Еврознак; 2009.
- Парсонс Л., Эвери Н.Р., Баррон Ч.В., Vaccarino V. При остром инфаркте миокарда больничная летальность среди более молодых

- женщин выше, чем среди мужчин той же возрастной группы. *Международный журнал медицинской практики*. 2000; 8: 16.
10. Федорова Е.Л., Бондарева З.Г., Куимов А.Д., Нестеренко Е.В. Факторы риска и особенности течения инфаркта миокарда у женщин. *Клиническая медицина*. 2003; 6: 28—32.
 12. Ватулин Н.Т., Калинкина Н.В., Дзюба Е.В., Кашанская О.К. Взаимосвязь между депрессией и тяжестью хронической сердечной недостаточности у больных, перенесших инфаркт миокарда. В кн.: *Тезисы VI Конгресса «Сердечная недостаточность—2011»*. М.; 2011: 41—2.
 13. Ватулин Н.Т., Калинкина Н.В., Христиченко М.А., Микукстс В.Я. Распространенность депрессивных расстройств у больных с ХСН ишемической этиологии. В кн.: *Материалы XIII Национального конгресса кардиологов Украины*. Киев; 2012: 146.
 14. Ватулин Н.Т. *Кардиология*. Донецк: Каштан; 2008.
 15. Горина Л., Либис Р., Антохин Е. Качество жизни пациентов с ХСН на фоне терапии антидепрессантом. *Врач*. 2010; 5: 79—82.
 16. Дзюба Е.В., Христиченко М.А. Факторы риска развития депрессивных расстройств у больных, перенесших инфаркт миокарда. В кн.: *Материалы 74-го міжнародного медичного конгресу молодих учених «Актуальні проблеми клінічної, теоретичної, профілактичної медицини, стоматології та фармації»*. Донецк; 2012.
 17. Долженко М.Н. Взаимосвязь депрессивных и тревожных расстройств с сердечно-сосудистой патологией. *Здоровье Украины*. 2006; 23(1): 9—12.
 18. Доуки С., Гаск Л., Голдберг Д. и др. *Образовательная программа по депрессивным расстройствам*. Перевод с английского. Том 1. М.; 2010.
 21. Иванов С.В. Депрессия и сердечно-сосудистая патология. *Кардиология*. 2009; 7—8: 115—20.
 22. Терещенко С.Н., Жиров И.В., Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Депрессия после инфаркта миокарда: угроза или гибель? *Кардиология*. 2007; 8: 93—6.
 22. Оганов Р.Г., Шальнова С.А., Калинина А.М. *Профилактика сердечнососудистых заболеваний*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2009.
 22. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А., Деев А.Д. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога. *Кардиология*. 2005; 8: 37—43.
 22. Батурин В.А., Манвелян Э.А., Яровицкий В.Б. Половые особенности потребления психотропных препаратов у больных с депрессивными расстройствами. *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. 2008; 9: 30—4.
 22. Грошев И.В. Гендерно-половозрастные особенности паттернов поведения при агорафобических тревожных расстройствах. *Российский психиатрический журнал*. 2008; 6: 30—9.
 22. Погосова Г.В. Депрессия — новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти. *Кардиология*. 2002; 4: 285—94.
 22. Погосова Г.В., Оганов Р.Г., Краснов В.Н. Методическое пособие для врачей. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общей медицинской практике. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2007; 6(1 Suppl. 1): 1—23.
 22. Барденштейн Л.М., Соколов Е.И., Харькова Т.Г., Скачедубов В.Ю. Применение сертралина при терапии депрессии после перенесенного инфаркта миокарда. *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*. 2001; 3: 101—2.
 22. Задонченко В.С., Барденштейн Л.М., Скорик Ю.В., Шехян Г.Г., Ялымов А.А. Депрессия и сердечно-сосудистые заболевания. *Медицина критических состояний*. 2005; 6: 26—31.
- #### REFERENCES
1. Lloyd-Jones D., Adams R.J., Brown T.M., Carnethon M., Dai S., De Simone G. et al. Heart disease and stroke statistics—2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2010; 121(7): 948—54.
 2. Dunlay S.M., Shah N.D., Shi Q., Morlan B., VanHouten H., Long K.H. et al. Lifetime costs of medical care after heart failure diagnosis. *Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes*. 2011; 4(1): 68—75.
 3. Ross J.S., Chen J., Lin Z., Bueno H., Curtis J.P., Keenan P.S. et al. Recent national trends in readmission rates after heart failure hospitalizations. *Circ. Heart Fail.* 2010; 3(1): 97—103.
 4. Bern Sh. *Gender Psychology: Laws of Male and Female Behavior [Tendernaya psikhologiya. Zakony muzhskogo i zhenskogo povedeniya]*. St.Petersburg: Praym-Evroznak; 2009. (in Russian)
 5. Bucholz E.M., Butala N.M., Rathore S.S., Dreyer R.P., Lansky A.J., Krumholz H.M. Sex differences in long-term mortality after myocardial infarction: a systematic review. *Circulation*. 2014; 130(9): 757—67.
 6. Crilly M., Bundred P., Hu X., Leckey L., Johnstone F. Gender differences in the clinical management of patients with angina pectoris: a cross-sectional survey in primary care. *BMC Health Serv. Res.* 2007; 7: 142.
 7. Paajanen T.A., Oksala N.K., Kuukasjärvi P., Karhunen P.J. Short stature is associated with coronary heart disease: a systematic review of the literature and a meta-analysis. *Eur. Heart Journal*. 2010; 31(14): 1802-9.
 8. Ritter M., Laule-Kilian K., Klima T., Christ A., Christ M., Perruchoud A. et al. Gender differences in acute congestive heart failure. *Swiss Med. Wkly.* 2006; 136(19-20): 311—7.
 9. Parsons L., Everi N.R., Barron Ch.V., Vaccarino V. In acute myocardial infarction hospital mortality among younger women than among men in the same age group. *Mezhdunarodnyy zhurnal meditsinskoy praktiki*. 2000; 8: 16. (in Russian)
 10. Fedorova E.L., Bondareva Z.G., Kuimov A.D., Nesterenko E.V. Risk factors and peculiarities of myocardial infarction in women. *Klinicheskaya meditsina*. 2003; 6: 28—32. (in Russian)
 11. Menyar A., Zubaid M., Rashed W., Almahmeed W., Al-Lawati J., Sulaiman K. et al. Comparison of men and women with acute coronary syndrome in six Middle Eastern countries. *Am. J. Cardiol.* 2009; 104(8): 1018—22.
 12. Vatuin N.T., Kalinkina N.V., Dzyuba E.V., Kashanskaya O.K. The relationship between depression and the severity of chronic heart failure in patients with myocardial infarction. In: *Proceedings of the VI Congress "Heart Failure 2011" [Tезисы VI Kongressa «Serdechnaya nedostatochnost'—2011»]*. Moscow; 2011: 41—2. (in Russian)
 13. Vatuin N.T., Kalinkina N.V., Khristichenko M.A., Mikuksts V.Ya. The prevalence of depressive disorders in patients with chronic heart failure of ischemic etiology. In: *Materials XIII National Congress of Cardiologists of Ukraine [Materiali XIII Natsional'nogo kongresu kardiologiv Ukraini]*. Kiev; 2012: 146. (in Russian)
 14. Vatuin N.T. *Cardiology [Kardiologiya]*. Donetsk: Kashtan; 2008. (in Russian)
 15. Gorina L., Libis R., Antokhin E. The quality of life of patients with chronic heart failure during therapy with an antidepressant. *Vrach*. 2010; 5: 79—82. (in Russian)
 16. Dzyuba E.V., Khristichenko M.A. Risk factors for depression in patients with myocardial infarction. In: *Materials 74th International Medical Congress of Young Scientists "Actual Problems of Clinical, Theoretical, Preventive Medicine, Dentistry and Pharmacy." [Materiali 74 mizhnarodnogo medichnogo kongressu molodikh uchennikh «Aktual'ni problemi klinichnoyi, teoretichnoyi, profilaktichnoyi meditsini, stomatologii ta farmatsii»]*. Donetsk; 2012. (in Russian)
 17. Dolzhenko M.N. The relationship of depressive and anxiety disorders with cardiovascular disease. *Zdorov'e Ukrainy*. 2006; 23(1): 9—12. (in Russian)
 18. Douki S., Gask L., Goldberg D. et al. *Educational Program for Depressive Disorders [Obrazovatel'naya programma po depressivnym rasstroystvam]*. Transl. from Engl. Vol. 1. Moscow; 2010. (in Russian)
 19. Rosengren A., Hauken S., Ounpuu S., Sliwa K., Zubaid M., Almahmeed W.A. et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case - control study. *Lancet*. 2004; 364(9438): 953—62. Available at: www.thelancet.com.
 20. Yusuf S. *INTER-HEART: a study of risk factors for first myocardial infarction in 52 countries and over 27,000 subjects*. Paper presented at the European Society for Cardiology Congress 2004, 29 August-1 September, Munich, Germany. Summary prepared by Murphy M.S. A. Available at: www.cardiosource.com.
 21. Ivanov C.B. Depression and cardiovascular disease. *Kardiologiya*. 2009; 7-8: 115—20. (in Russian)
 22. Tereshchenko S.N., Zhirov I.V., Vasyuk Yu.A., Lebedev A.B. Depression after myocardial infarction: a threat or death? *Kardiologiya*. 2007; 8: 93—6. (in Russian)
 23. Oganov R.G., Shal'nova S.A., Kalinina A.M. *Prevention of Cardiovascular Diseases [Profilaktika serdechno-sosudistyykh zabolevaniy]*. Moscow: GEOTAR- Media; 2009. (in Russian)

24. Oganov R.G., Pogosova G.V., Shal'nova S.A., Deev A.D. Depressive disorders in general practice according to a study COMPASS: look cardiologist. *Kardiologiya*. 2005; 8: 37—43. (in Russian)
25. Baturin V.A., Manvelyan E.A., Yarovitskiy V.B. Sexual peculiarities of consumption of psychotropic drugs in patients with depressive disorders. *Problemy standartizatsii v zdravookhranении*. 2008; 9: 30—4. (in Russian)
26. Groshev I.V. Gender and gender-sensitive behavior patterns when agoraphobic anxiety disorders. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal*. 2008; 6: 30—9. (in Russian)
27. Pogosova G.V. Depression — a new risk factor for coronary heart disease and a predictor of coronary death. *Kardiologiya*. 2002; 4: 285—94. (in Russian)
28. Pogosova G.V. Manual for physicians. Current approaches to diagnosis and treatment of depressive disorders in general practice range. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika*. 2007; 6(1Suppl.1): 1—23. (in Russian)
29. Bardenshteyn L.M., Sokolov E.I., Khar'kova T.G., Skachudubov V.Yu. The use of sertraline in the treatment of depression after myocardial infarction. *Vestnik Smolenskoй gosudarstvennoy meditsinskoy akademii*. 2001; 3: 101—2. (in Russian)
30. Zadionchenko V.S., Bardenshteyn L.M., Skorik Yu.V., Shekhyan G.G., Yalymov A.A. Depression and heart disease. *Meditsina kriticheskikh sostoyaniy*. 2005; 6: 26—31. (in Russian)

Поступила 02.04.15
Принята в печать 23.06.15

© БАРДЕНШТЕЙН Л.М., АЛЕШКИНА Г.А., 2016

УДК 616.89=036.11=085

Барденштейн Л.М., Алешкина Г.А.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ПРЕХОДЯЩИХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ БЕЗ СИМПТОМОВ ШИЗОФРЕНИИ

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова»
Министерства здравоохранения РФ, 127473, Москва, Россия

♦ С целью изучения клинико-динамических и терапевтических аспектов острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении обследовано 77 пациентов с психотическими состояниями, отвечавшими диагностическим критериям МКБ-10 для данной группы расстройств (F 23.0; F 23.3; F 23.8; F 23.9). Использовали клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический методы. Представлены данные об особенностях развития острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении, а также динамики психопатологической симптоматики в процессе антипсихотической терапии. Установлено, что острые преходящие психотические расстройства обнаруживали тенденцию к рецидивированию в виде продуктивных психотических расстройств, что дает основание для назначения поддерживающей терапии после клинической редукции первого психотического эпизода.

Ключевые слова: острые преходящие психотические расстройства; шизофрения; первый психотический эпизод; расстройства шизофренического спектра; антипсихотическая терапия.

Для цитирования: Барденштейн Л.М., Алешкина Г.А. Некоторые вопросы терапии острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении. *Российский медицинский журнал*. 2016; 22(1): 22—25.
DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-1-22-25.

Для корреспонденции: Барденштейн Леонид Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии. E-mail: barden@mail.ru

Bardenshteyn L.M., Aleshkina G.A.

THE PARTICULAR ISSUES OF THERAPY OF ACUTE TRANSIENT PSYCHOTIC DISORDERS WITHOUT SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA

The A.E. Evdokimov Moscow state medical stomatological university, 127473, Moscow, Russia

♦ The study of clinical dynamical and therapeutic aspects of acute transient psychotic disorders without symptoms of schizophrenia was carried out on sampling of 77 examined patients with psychotic conditions corresponding to diagnostic criteria of ICD-10 for the given group of disorders (F 23.0, F 23.3, F 23.8, F 23.9). The clinical psycho-pathological, clinical catamnesis, psychometric and statistical techniques were applied. The data is presented concerning characteristics of development of acute transient psychotic disorders without symptoms of schizophrenia and also dynamics of psycho-pathologic symptomatic in process of anti-psychotic therapy. It is established that acute transient psychotic disorders revealed tendency to be recurrent in the form of productive psychotic disorders that shows the cause to prescribe supporting therapy after clinical reduction of first psychotic episode.

Key words: acute transient psychotic disorders; schizophrenia; first psychotic episode; disorders of schizophrenic specter; anti-psychotic therapy.

Citation: Bardenshteyn L.M., Aleshkina G.A. The particular issues of therapy of acute transient psychotic disorders without symptoms of schizophrenia. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal*. 2016; 22(1): 22—25. (In Russ.) DOI 10.18821/0869-2106-2016-22-1-22-25.

For correspondence: Leonid Bardenshteyn, MD, PhD, DSc. E-mail: barden@mail.ru

Conflict of interest. The author declares no conflict of interest.

Funding. The study had no sponsorship.

Received 03.06.15
Accepted 29.09.15

До настоящего времени основным методом терапии острых преходящих психотических расстройств

остается назначение антипсихотических препаратов. Вместе с тем выбор различных классов нейролептиков