

**ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО**

УДК 616.12-085; 616.12-008.46.

**СУЛТАНОВ
ХАБИБУЛО СУВАНОВИЧ**

**ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ
И ДЕПРЕССИЯ У МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА
С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
ГИПЕРТОНИЕЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.04 - внутренние болезни

Душанбе -2019

Работа выполнена на кафедре пропедевтики внутренних болезней ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино».

Научный руководитель: **Шарипова Хурсанд Ядгаровна**
доктор медицинских наук, профессор
кафедры пропедевтики внутренних
болезней ГОУ «Таджикского
государственного медицинского
университета имени Абуали ибни
Сино».

Официальные оппоненты: **Олимов Насим Ходжаевич**
доктор медицинских наук

Нозиров Джамшед Хаджиевич
доктор медицинских наук, доцент.
Директор Лечебно-диагностического
центра «Парастор-2014» г. Вахдат МЗ
и СЗН Республики Таджикистан

Оппонирующая организация: ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»
Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2019 года в _____ часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-038 при ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, tajmedun.@tj, +992918724088

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «_____» _____ 2019 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

Джамолова Р.Дж.

Введение

Актуальность. Распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН), по данным эпидемиологических исследований последних лет, проведенных в России [в рамках исследований ЭПОХА (Национальное эпидемиологическое исследование)–ХСН] и ряда исследований, проведенных в Таджикистане, имеет тенденцию к постоянному росту [Агеев, Ф.Т. с соавт., 2010; Рахимов З.Я. с соавт., 2010-2017; Хамидов Н.Х. с соавт., 2015]. ХСН на фоне артериальной гипертензии (АГ) и её осложнений сохраняет лидирующее место среди причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [Беленков Ю.Н., 2011; Бокерия О.Л. с соавт., 2013; McMurray J.J., 2012], в том числе, среди мужчин трудоспособного среднего возраста [Демографический ежегодник России, 2010; WHO, 2014].

Динамика общей смертности от ССЗ свидетельствует о сложившейся неблагоприятной ситуации, особенно для мужчин среднего возраста [Скорыходов А.П. с соавт., 2013; Vertuccio Petal., 2011]; в популяции мужчин до 60 лет распространённость ХСН на фоне АГ выше, чем у женщин [Национальные рекомендации ОССН (Общество специалистов по сердечной недостаточности), РКО (Российское кардиологическое общество) и РНМОТ (Российское научно-медицинское общество терапевтов) по диагностике и лечению ХСН, 4 пересмотр, 2013; Платонов Д. Ю., 2012; Нозиров Дж.Х., 2018].

На фоне влияния рискогенных социальных детерминант и возрастающего андрогенодефицита, ССЗ у мужчин среднего возраста часто протекают с расстройствами депрессивного ряда [Гафаров, В.В. с соавт., 2012; Bell C.N. et al., 2010]. Частота депрессивных расстройств у больных ССЗ значительно превышает их распространенность в общей популяции и составляет по разным данным от 18 до 60% [Проект ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний в регионах Российской Федерации), 2013; Gelenberg A.J., 2010; Baxter A. J. et al., 2010]. Отмечено, что наличие тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с АГ и ИБС (Ишемическая болезнь сердца) в 1,5–2 раза увеличивало риск развития смерти от ССЗ и всех причин, в связи с чем, депрессия рассматривается как новый фактор риска и предиктор коронарной смерти [Погосова Г. В., 2002; Freedland, К.Е., 2011]. В литературе освещена самая высокая частота депрессии при ХСН [Петрова Н. Н. с соавт., 2011; Rutledge T. et al., 2006].

Устранение депрессивных расстройств у больных ХСН можно считать одной из важнейших задач комплексного лечения [Johnson T. J. et al., 2012]. Препараты из группы СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) могут уменьшать не только депрессивные симптомы, но и улучшать прогноз у больных с кардиоваскулярной патологией [Paraskevaidis I. et al., 2012]. Однако более половины пациентов с симптомами депрессии не обращаются за медицинской или психологической помощью [Robert A. et al, 2011]. Сложность своевременной диагностики начальных проявлений ХСН у мужчин среднего возраста на фоне малосимптомно протекающей мягкой и умеренной АГ и соматических симптомов депрессии [WHO, 2014], может повысить кардиоваскулярный риск. Оптимизация лечебно-диагностических подходов при

ХСН у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ, протекающей с депрессией является важной проблемой внутренней медицины.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с научными программами (проектами), темами

Диссертационная работа выполнялась в рамках научно-исследовательской работы кафедры пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Ревматические и неревматические поражения сердца и сосудов; половая избирательность, коморбидность, диагностика и лечение» (срок выполнения 2016-2020 гг.). Отдельные этапы работы являлись частью научного исследования, выполненного в рамках государственной программы «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан», параграф 3 (Снизить уровень частоты неинфекционных и хронических заболеваний) и параграф 4 (Детерминанты здоровья и пропаганда здорового образа жизни) срок выполнения 2010-2020 гг.

Цель исследования: изучить частоту и клинико-гемодинамические особенности ХСН во взаимосвязи с выраженностью депрессии у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной артериальной гипертензией; оценка эффективности разных терапевтических подходов.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту ХСН и депрессивных расстройств у госпитализированных мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ.
2. Установить клинико-гемодинамические особенности ХСН и структурно-функциональные параметры левого желудочка в зависимости от выраженности депрессии у мужчин мягкой и умеренной АГ.
3. Оценить эффективность длительной (24 недель) стандартной терапии ХСН (без применения антидепрессантов) и сочетанной с антидепрессантом (пароксетином) терапии ХСН в группах больных с депрессией.
4. Выделить предикторы прогрессирующего течения ХСН, протекающей с депрессией, показания к проведению фармакотерапии депрессии и критерии её эффективности у мужчин среднего возраста мягкой и умеренной АГ.

Научная новизна

Впервые в Республике Таджикистан проведено исследование частоты и выраженности ХСН и депрессивных расстройств у мужчин среднего возраста с АГ, которые установили большую частоту мягкой и умеренной АГ (87,1%), сопровождающая у более половины (50,5%) с ХСН разной выраженности и тревожно-депрессивными расстройствами (62%).

Использование логической схемы оценки эффективности разных терапевтических подходов при ХСН с учётом выраженности депрессии у мужчин среднего возраста мягкой и умеренной АГ, позволило установить особенности влияния депрессии на выраженность клинико-гемодинамических и структурно-функциональных показателей сердца и сосудов, определить значимость антидепрессивной терапии для профилактики прогрессирующего течения ХСН.

При анализе полученных результатов исследования мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ, обосновано выделение: предикторов про-

грессирующего течения ХСН на фоне депрессии; показаний к проведению фармакотерапии депрессии и критериев её эффективности.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Депрессия у мужчин среднего возраста с ХСН на фоне мягкой и умеренной АГ является предиктором прогрессирующего течения заболевания и низкой приверженности к лечению. У пациентов с депрессией, не получающих антидепрессивную терапию, наличие сильной взаимосвязи между депрессией, с одной стороны, и выраженностью ХСН, толщиной комплекса интима-медиа (прямая) и приверженностью к лечению (отрицательная) - с другой, свидетельствует о значимости депрессии в сравнительно низкой эффективности стандартной терапии ХСН и в замедлении атеросклеротического поражения сердца и сосудов.
2. При сочетании стандартной терапии ХСН с антидепрессантом у мужчин среднего возраста с депрессией на фоне 1-2 ст. АГ, приверженность к лечению к концу наблюдения значительно ниже, чем у больных с ХСН, у которых депрессия отсутствовала изначально. Это указывает на необходимость разработки действенных мер профилактики не только ХСН, но и депрессивных расстройств у больных данной категории.
3. Как основной критерий эффективности стандартной терапии ХСН, сочетанной с антидепрессантом пароксетином, у мужчин среднего возраста мягкой и умеренной АГ, протекающей с депрессией, следует рассматривать не только ликвидацию тревожно-депрессивных расстройств, но и достижение полной приверженности к лечению.
4. Приоритетной тактикой ведения мужчин среднего возраста мягкой и умеренной АГ можно считать регулярный скрининг на своевременное выявление как ХСН, так и депрессивных расстройств.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы обсуждены на: 60-68-й годичной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета (ТГМУ) им. Абуали ибни Сино с международным участием (Душанбе, 2012-2018 гг); IV Международном Форуме кардиологов и терапевтов (Москва, март 2015 г.); Конгрессе кардиологов и терапевтов Азии Содружества СНГ (Душанбе, 2019).

Результаты исследования позволили выявить большую частоту мягкой и умеренной АГ, сопровождающая у более половины из них ХСН разной выраженности, и ещё чаще (62%), тревожно-депрессивными расстройствами. Установлены особенности влияния депрессии на выраженность клинико-гемодинамических и структурно-функциональных показателей сердца и сосудов. Определена эффективность разных терапевтических подходов при ХСН, с учётом выраженности депрессии у мужчин среднего возраста мягкой и умеренной АГ. Оценена значимость антидепрессивной терапии для профилактики прогрессирующего течения ХСН. Выделены предикторы прогрессирующего течения ХСН на фоне депрессии, показания к проведению фармакотерапии депрессии и критерии её эффективности у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ. Показана целесообразность и внедрен метод экспресс-диагностики (скри-

нинг) как ХСН, так и депрессивных расстройств у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ.

Использованные методы исследования и результаты диссертационной работы были внедрены в практику стационарной службы и поликлинической службы ГЦЗ №9 (г. Душанбе), в кардиологическом отделении ГЦЗ № 2 (г. Душанбе). Материалы исследования внедрены в учебный процесс на кафедре внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Опубликование результатов диссертации. По материалам диссертации опубликовано 20 научных работ, в том числе 4 статей в журналах, включённых в перечень рецензируемых журналах ВАК при Президенте РТ для публикации основных результатов диссертационных исследований.

Личный вклад автора. Анализ литературы по теме диссертационного исследования, разработка дизайна работы, формирование цели и задач, сбор и систематизация первичных клинических данных выполнены лично автором. Автор самостоятельно провел отбор больных, курировал всех больных по теме диссертации; провел оценку клинических и структурно-гемодинамических (Эхо-КГ и доплер-КГ) данных в динамике. Провёл анализ и статистическую обработку полученных результатов и отразил результаты исследования в публикациях.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 132 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, методов статистической обработки результатов, трех глав собственных исследований с их обсуждением, заключения, выводов, рекомендаций для практического здравоохранения, списка публикаций соискателя учёной степени и списка использованной литературы. Материалы диссертации иллюстрированы 26 рисунками и 21 таблицами. Указатель литературы включает 214 источников, из них русскоязычных – 112.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Характеристика обследованных лиц, этапы и методы исследования.

Исследование проведено в кардиоревматологическом, неврологическом и терапевтических отделениях Городского Центра здоровья №2 города Душанбе.

Фактическим материалом диссертации, на первом этапе исследования, послужили 287 мужчин среднего возраста, госпитализированных по поводу гипертонического криза, коронарных событий и ХСН в терапевтические и кардиологические отделения ГЦЗ №2 (г. Душанбе).

Критерии включения пациентов в исследование: мужчины 45-64 лет, мягкая и умеренная АГ (первичная, т.е. гипертоническая болезнь). Критерии исключения: вторичные формы АГ, ХСН IV ФК (функциональный класс), острое нарушения коронарного и мозгового кровообращения давностью менее года; хроническое обструктивное заболевание лёгких, тяжёлые психические расстройства и соматические заболевания (почечная и печёночная недостаточность).

При изучении степени повышения артериального давления (АД), выделены 250 больных с мягкой и умеренной АГ, которые были включены на первый этап исследования. По результатам определения (скрининг) выраженности

ХСН по ШОКС (шкала оценки клинического состояния) эти больные разделены на 2 группы: без ХСН (123 больных) и с ХСН I-III ФК (127 больных). У всех больных, включённых на данный этап исследования, изучен анамнез (причина госпитализации, длительность АГ, консультации специалистов), проведён скрининг тревожно - депрессивных расстройств по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS); изучена частота ХСН и тревожно-депрессивных расстройств у мужчин среднего возраста, анализированы клиничко-гемодинамические особенности ХСН, во взаимосвязи с выраженностью депрессивных расстройств.

Для дальнейшего наблюдения и лечения на второй этап исследования включены 110 больных с установленной ХСН I-III ФК и подобранной поддерживающей стандартной терапией ХСН и АГ (с учётом Национальных рекомендаций ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН; четвертый пересмотр, 2013), у которых изучено наличие и выраженность депрессивных расстройств по шкале Гамильтона - как наиболее рекомендуемой для оценки эффективности антидепрессивной терапии в клинических исследованиях.

С учётом полученных данных, пациенты с ХСН разделены на 3 группы, сопоставимые по возрасту, степени АГ и ФК ХСН. Первую группу составили 38 пациентов с ХСН без депрессии, которым проведена стандартная терапия ХСН и АГ. С целью сравнительного изучения эффективности антидепрессивной терапии, пациенты с депрессией (n=72) разделены на две группы: 36 пациентам (2 группа) проведена в дальнейшем стандартная терапия ХСН без назначения антидепрессантов; остальным 36 пациентам (3 группа) проведена стандартная терапия ХСН, сочетанная с антидепрессантом пароксетином.

В связи с тем, что сопоставимость исходных данных исключает возможность дополнительного влияния ряда факторов ССЗ на результаты оценки эффективности дальнейшего лечения, исходно однократно, в сравниваемых группах больных анализирована частота отягощённого семейного анамнеза (Сем. А), перенесенных инфарктов миокарда (ИМ) и инсультов (ИС), избыточной массы тела и ожирения (ИзбМТ и О), курения, дислиппротеидемии (ДЛП) – при анализе содержания в сыворотке крови альфа- и бета-холестерина, триглицеридов, микроальбуминурии (МАУ) - по индикаторным полоскам (рисунок 1).

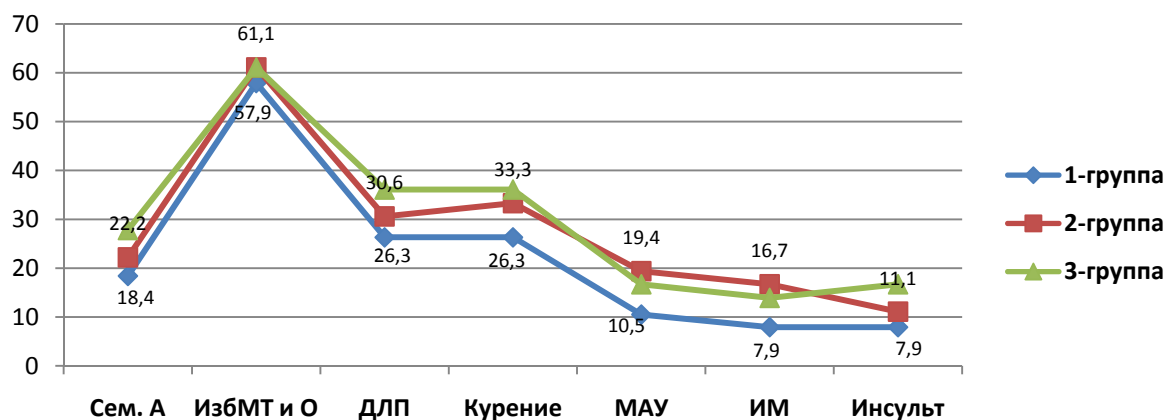


Рисунок 1.- Частота факторов риска и поражений органов мишеней у больных ХСН на фоне АГ: 1 группа – без депрессии, 2 и 3 группы – с депрессией (%).

Установлено, что несмотря на некоторое преобладание частоты изученных основных клинико-лабораторных факторов риска ССЗ у больных с депрессией, их различия в сравниваемых группах были не значимы ($p > 0,05$ - по критерию χ^2)

Применение немедикаментозных подходов (контроль и повышение приверженности к модификации образа жизни и медикаментозной терапии, соблюдение диеты, повышение физической активности, психологическая реабилитация) считалось обязательным для всех больных. Компонентами стандартной терапии были антигипертензивные препараты: ингибиторы ангиотензин превращающего фермента (иАПФ), антагонисты рецепторов к АП, β -адреноблокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, петлевые диуретики и при необходимости – сердечные гликозиды, антиаритмические, статины, нитраты и др. На фоне стандартной терапии пациентам 3 группы проводилось лечение антидепрессантом пароксетином (или его аналогами), в средней дозе $15,3 \pm 1,3$ мг/сутки.

Исходно и к концу наблюдения (через 24 недель лечения), у всех больных проводилось исследование клинико-гемодинамических и структурно-функциональных показателей: степень повышения АД, выраженность ХСН по ШОКС, толерантность к физической нагрузке по тесту 6-минутной ходьбы (ТШХ), приверженность к лечению по модифицированному опроснику Morisky D.E. с соавт. [2008], качество жизни (КЖ) по Миннесотскому опроснику - MLHFQ [Rector T., Cohn J., 1992]. Проведена ЭКГ, Эхо-КГ с оценкой структурно-функциональных изменений сердца и сосудов: индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), диастолическая функция ЛЖ (соотношение пиков E/A), толщина интима-медиа (ТИМ) брахиоцефальных артерий [Nagueh S.F. et al., 2009].

Статистическая обработка материала проведена методом вариационной статистики на ПК с помощью прикладного пакета «6.0 и 10.0». Характер статистического распределения анализируемых величин оценивали по критериям χ^2 – Пирсона и Колмогорова-Смирнова. Сравнение относительных величин проводилось по критерию χ^2 , а абсолютных величин по U-критерию Манна-Уитни; при нормальном распределении сравниваемых показателей - по t – критерию Стьюдента, в динамике – по T-критерию Вилкоксона. Взаимосвязь переменных изучена использованием коэффициента корреляции Пирсона и ранговой корреляции Spearman. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследований

Первый этап исследования. Результаты изучения уровней артериального давления и выраженности тревожно-депрессивных расстройств у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ, в зависимости от наличия клинических проявлений ХСН, представлены в таблице 1.

Таблица 1.-Уровни А/Д и тревоги/депрессии у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ без ХСН (1 группа) и при сочетании с ХСН (2 группа).

Показатель (M±m)	1 группа (n=123)	2 группа (n=127)	P
Возраст (годы)	55,4±0,5	55,8±0,5	>0,05
САД (мм рт. ст.)	153,5±0,8	166,1±0,7	<0,05
ДАД (мм рт. ст.)	93,9±0,6	99,2±0,5	<0,05
Депрессия (баллы)	7,7±0,2	9,4±0,2	<0,05
Тревога (баллы)	5,1±0,14	7,36±0,18	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость ($p < 0,05$) различия показателей между группами (t - критерию Стьюдента).

Мягкая и умеренная АГ установлена у 250/87,1% пациентов, среди которых у 127 (50,8%) выявлены клинические проявления ХСН по ШОКС. При скрининге тревожно/депрессивных расстройств, у 155 (62%) пациентов с мягкой и умеренной АГ установлены синдромы депрессии и/или тревоги разной выраженности (рисунок 2).

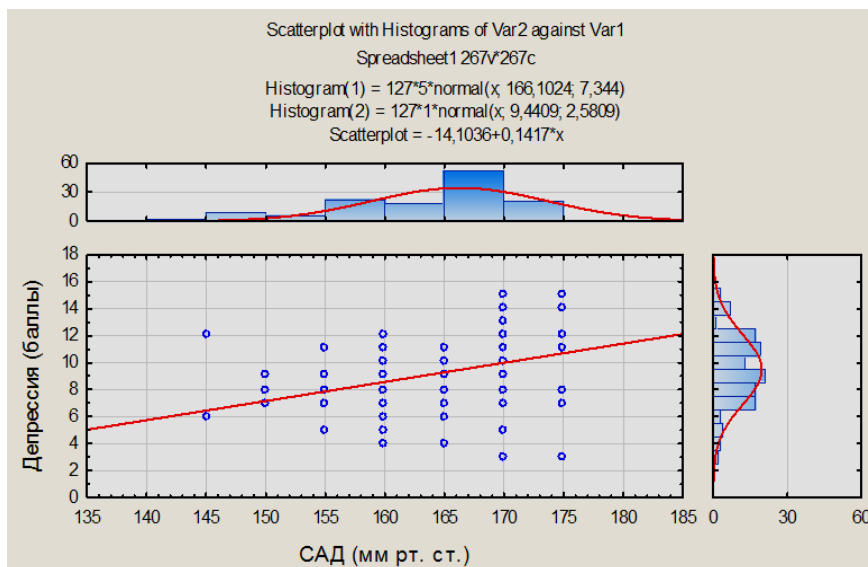


Рисунок 2.- Взаимосвязь депрессии с уровнем САД ($r = 0,3296$; $p < 0,05$) у больных среднего возраста с ХСН на фоне мягкой и умеренной АГ (по Spearman).

На фоне ХСН тревожно-депрессивный синдром наблюдается значительно чаще (108/85%), чем при отсутствии проявлений ХСН (47/38,2%; $p < 0,001$), в связи с чем, уровни тревоги и депрессии у пациентов 2 группы значимо высокие ($p < 0,05$). У пациентов без ХСН чаще всего наблюдаются пограничные уровни депрессии и тревоги, и их взаимосвязь с САД односторонняя, слабая.

Большая частота и высокие уровни тревоги и депрессии сопровождаются повышением уровней САД и ДАД и взаимосвязь между депрессией и АД у мужчин среднего возраста с ХСН - прямая, умеренная с САД ($r = 0,3296$); и ДАД ($r = 0,30077$); взаимосвязь синдрома тревоги с уровнями АД слабая, односторонняя (рисунок 2).

Однако, при изучении частоты антидепрессивной терапии до госпитализации в стационар, установлено, что немедикаментозную антидепрессивную терапию у психотерапевта получали 3 (2,4%) больных без ХСН и 7 (5,5%) больных с ХСН, то есть, несмотря на большую частоту депрессивных расстройств при ХСН, антидепрессивная терапия до поступления в стационар проведена у менее 10% больных.

Второй этап исследования. При изучении исходных клинико-гемодинамических и структурно-функциональных показателей в группах пациентов без депрессии (n=38) и общей группе с депрессией (n=72), установлено, что структурные изменения миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и аорты (ТИМ), ухудшение КЖ по MLHFQ, снижение приверженности к лечению у мужчин среднего возраста с АГ на фоне ХСН, протекающей с депрессивным синдромом более выражены на фоне депрессии (рисунок 3).

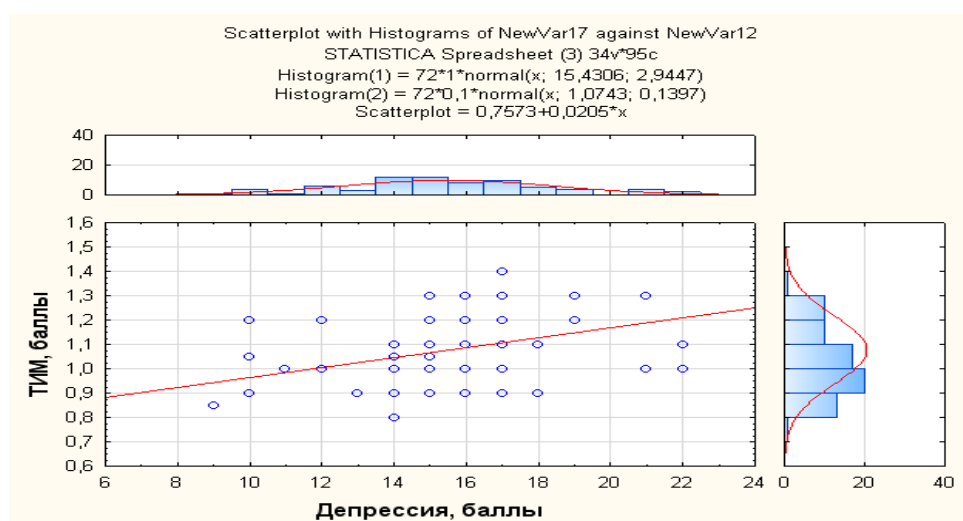


Рисунок 3. - Взаимосвязь индивидуальных исходных значений депрессии и ТИМ у больных 2 группы (объединённая группа с депрессией), по Spearman ($r=0,433096$; $p<0,05$).

Указанные сдвиги сопровождаются снижением отношения Е/А ($0,91\pm 0,009$ и $0,85\pm 0,012$ – соответственно у пациентов 1 и 2 – группы; $p<0,05$) и дистанции ТШХ ($483,7\pm 11,2$ и $431,7\pm 8,4$; $p<0,05$). Полученные результаты подтверждают повышение выраженности ХСН у больных с депрессией, а значимое увеличение ТИМ аорты – выраженности атеросклероза.

Об этом свидетельствует и умеренная взаимосвязь депрессивного синдрома с приверженностью к лечению ($r=-0,411077$; $p<0,05$), ФК ХСН ($r=0,478068$; $p<0,05$) и с ТИМ ($r=0,433096$; $p<0,05$), у пациентов с депрессией.

Таким образом, результаты изучения исходных структурно-функциональных показателей сердца и сосудов у мужчин среднего возраста, свидетельствуют о прогрессирующем течении атеросклеротического процесса на фоне ХСН, протекающей с депрессией.

Оценка эффективности терапии ХСН. Эффективность стандартной терапии (СТ) ХСН у мужчин среднего возраста без депрессии. В результате проведенной стандартной терапии ХСН, у пациентов 1 группы (без депрессии) значительно повысилась приверженность больных к лечению (от $2,3\pm 0,15$ до

3,4±0,11; на 47,8%). Полная приверженность отмечено у 19 (50%; $p < 0,05$) пациентов, что сопровождалось улучшением клинико - гемодинамических показателей: при сравнении с исходными данными снизилось ($p < 0,05$) САД (на 20%) и ДАД (на 16,3%); целевые уровни АД не были достигнуты только у 2 больных (5,3%) (таблица 2).

Таблица 2. - Динамика клинико-гемодинамических показателей у мужчин среднего возраста с ХСН и АГ без проявлений депрессивных расстройств на фоне стандартной терапии.

Показатель (M±m)	Динамика показателей (n=38)		p	Динамика (Δ%)
	исходно	через 24 недели		
САД, мм рт. ст.	159,5±1,2	125,4±1,2	<0,001	↓ 21,4
ДАД, мм рт. ст.	98,7±0,8	82,6±0,9	<0,001	↓ 16,3
Приверженность к лечению, баллы	2,34±0,15	3,4±0,11	<0,001	↑ 45,3
Депрессия, баллы	5,74±0,24	2,95±0,27	<0,001	↓ 48,6
ШОКС, баллы	3,26±0,33	1,45±0,25	<0,001	↓ 55,5
ТШХ, м	483,7±11,2	526,1±6,4	<0,001	↑ 8,8
КЖ (MLHFQ), баллы	30,3±1,4	16,2±1,3	<0,001	↓ 46,5
ФК ХСН	1,68±0,1	0,95±0,08	<0,01	↓ 43,5

Примечание: p - достоверность ($p < 0,05$) различия показателей: исходных и в динамике (по T-критерию Вилкоксона).

Снижение выраженности ХСН ($p < 0,05$) подтверждалось как снижением значений ШОКС (от 3,0±0,29 и до 1,1±0,2; на 63,3%), так и повышением дистанции ТШХ, улучшением КЖ по MLHFQ (снижение значений с 30,3±1,4 до 16,2±1,3), и ФК ХСН снизился на 77,8%.

При отсутствии депрессивных расстройств отмечена сильная отрицательная корреляционная связь приверженности к лечению как с САД ($r = -0,77427$; $p < 0,05$), так и значениями ШОКС ($r = -0,70852$), что наглядно демонстрирует рисунок- 4).

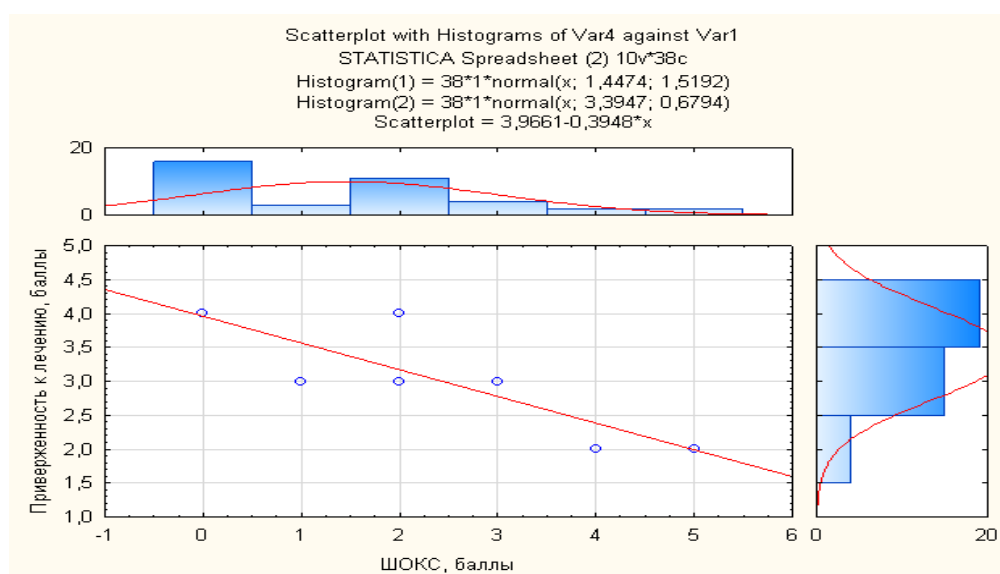


Рисунок 4.- Взаимосвязь между приверженностью к лечению и выраженностью ХСН по ШОКС при отсутствии депрессии у мужчин среднего возраста после стандартной терапии ХСН ($r = -0,882713$; $p < 0,05$).

Улучшение клинико-гемодинамических сдвигов сопровождалось снижением ИММЛЖ (от $132,8 \pm 1,5$ до $124,6 \pm 1,0$; $p < 0,01$), повышением Е/А (от $0,91 \pm 0,009$ до $1,02 \pm 0,021$; $p < 0,001$), уменьшением ТИМ ($p < 0,001$) и увеличением ФВ ЛЖ ($p < 0,01$) (таблица 3).

Таблица 3. - Динамика структурно-функциональных показателей сердца и сосудов у мужчин среднего возраста с ХСН и АГ без проявлений депрессивных расстройств на фоне стандартной терапии.

Показатель (M±m)	Динамика показателей (n=38)		p	Динамика(Δ%)
	исходно	через 24 недели		
Е/А	$0,91 \pm 0,009$	$1,02 \pm 0,021$	$< 0,001$	↑12,1
ТИМ, мм	$1,0 \pm 0,023$	$0,937 \pm 0,02$	$< 0,001$	↓ 6,3
ИММЛЖ, г/м ²	$132,8 \pm 1,5$	$124,6 \pm 1,0$	$< 0,01$	↓6,2
ФВ, %	$59,7 \pm 0,5$	$61,2 \pm 0,5$	$< 0,01$	↑2,5

Примечание: p - достоверность ($p < 0,05$) различия показателей в динамике (по T-критерию Вилкоксона).

К концу наблюдения на фоне повышения приверженности к лечению и значительного снижения САД, клинические проявления ХСН не выявлены у 6 (15,8%) больных, а у 4 (10,5%) больных с III ФК ХСН, выраженность ХСН была снижена на один ФК.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что контролируемая стандартная терапия ХСН и АГ у мужчин среднего возраста при отсутствии депрессивных расстройств значительно улучшает приверженность к лечению, снижает степень АГ, выраженность ХСН и структурных изменений сердца и сосудов.

Эффективность стандартной терапии ХСН без антидепрессивной терапии (АДТ) у мужчин среднего возраста с депрессией. На фоне стандартной терапии ХСН и АГ без назначения антидепрессантов, отмечено снижение САД и ДАД ($< 0,001$). К концу наблюдения стойкое снижение САД не было достигнуто у 7 (19,4%) больных.

Что касается приверженности к лечению ($p < 0,05$), то несмотря на заметное повышение (на 22,6%; $p > 0,05$), её среднее значение сохраняется ниже 3 баллов и к концу лечения полная приверженность достигнута у 5 (14%) пациентов

К концу наблюдения установлено, что снижение выраженности депрессии значимо ($p < 0,05$), хотя средний её уровень превышает 7 баллов, то есть значимое снижение депрессии, при сравнении с исходными данными, не привело к нормализации её показателей по шкале Гамильтон. Проявления лёгкого депрессивного расстройства исчезли у 4 (11,1%) пациентов, у остальных - выраженность депрессии уменьшилась до лёгкой и средней степеней тяжести.

Взаимосвязь между депрессией и приверженностью к лечению сильная, отрицательная ($r = -0,75525$).

В результате снижения клинических проявлений ХСН по ШОКС и средних значений ФК ХСН ($p < 0,05$), клинические проявления ХСН стойко исчезли

у 4 (11,1%) пациентов, ХСН уменьшилась на один ФК - у 10 (27,8%), (таблица 4).

Таблица 4. -Динамика клинико-гемодинамических показателей и КЖ у больных с ХСН и депрессией, не получающих АДТ.

Показатель (M±m)	Динамика показателей (n=36)		P	Динамика (Δ%)
	исходно	через 24 недель		
САД, мм рт. ст.	163,6±2,0	144,2±1,1	<0,001	↓11,9
ДАД, мм рт. ст.	101,3±0,89	86,1±0,8	<0,001	↓15
Приверженность к лечению, баллы	1,72±0,12	2,03±0,17	>0,05	↑22,6
Депрессия, баллы	15,4±0,47	10,2±0,2	<0,001	↓33,8
ШОКС, баллы	4,53±0,32	2,44±0,29	<0,001	↓46,1
ТШХ, м	431,2±9,8	462,9±11,8	<0,001	↑7,3
КЖ (MLHFQ), баллы	37,2±3,8	30,7±2,3	>0,05	↓17,5
ФК ХСН	1,83±0,11	1,31±0,12	<0,01	↓28,5
Е/А	0,85±0,016	0,903±0,017	<0,05	↑6,2
ТИМ, мм	1,074±0,025	1,003±0,037	<0,05	↓6,9
ИММЛЖ, г/м ²	136,9±1,4	131,7±1,6	<0,05	↓4,1
ФВ,%	59,5±0,4	60,1±0,4	>0,05	↑1,0

Примечание: p - достоверность (p<0,05) различия показателей в динамике (по T-критерию Вилкоксона).

Эти сдвиги сопровождаются улучшением диастолической функции ЛЖ (повышение Е/А) и снижением ИММЛЖ и ТИМ (p<0,05). Взаимосвязь между депрессией и отношением Е/А отрицательная, умеренная (близка к сильной; r=-0,65488; p<0,05). Установлена также прямая, сильная взаимосвязь между депрессией и выраженностью ХСН (r=0,73437; p<0,05) и ТИМ (r=0,85153).

Таким образом, при стандартном лечении ХСН (без антидепрессивной терапии) уровень депрессии сохраняются выше нормы. На этом фоне отмечается неполная приверженность к лечению, которая, несмотря на значимое повышение, остаётся ниже 3 баллов. Наряду с этим, имеет место сильная взаимосвязь между депрессией и приверженностью к лечению (отрицательная), выраженностью ХСН и ТИМ (прямая). Такое сочетание сдвигов указывает, что недостаточное снижение депрессии сопровождается замедленным снижением выраженности ХСН и атеросклеротического поражения сосудов.

Эффективность стандартной терапии ХСН, комбинированной с антидепрессивной терапией на фоне депрессии. Оценка эффективности стандартной терапии ХСН в группе пациентов с депрессией, дополнительно получающих антидепрессивную терапию, установило уменьшение выраженности депрессии при сравнении с исходными данными в 2,4 раза (p<0,05). Отмечается, что средний её уровень не превышает нормальные значения (ниже 7 баллов); проявления лёгкой степени депрессивных расстройств сохранились у 8 (22,2%) больных, у остальных - уменьшилась их выраженность до нормальных значений (рисунок 5).

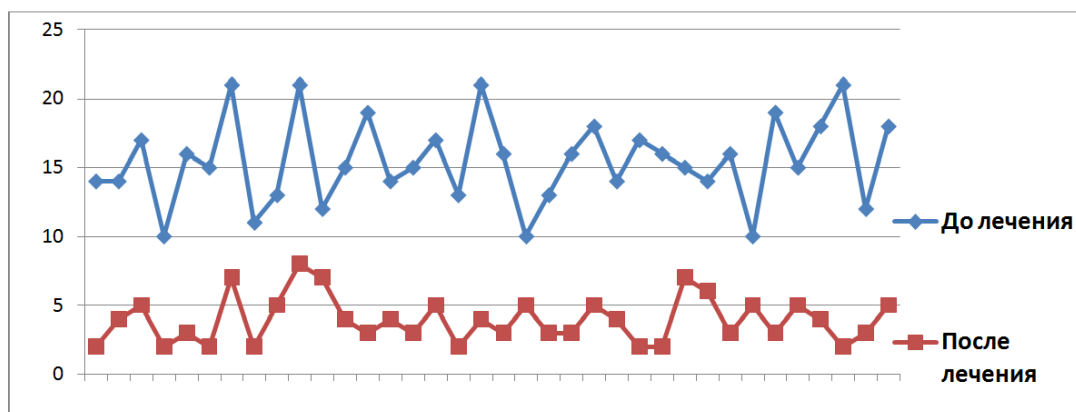


Рисунок 5.- Динамика выраженности депрессии на фоне стандартной терапии ХСН на фоне мягкой и умеренной АГ у мужчин среднего возраста, дополнительно получающих антидепрессивную терапию.

Кроме того, на фоне назначения АДТ к стандартной комплексной терапии ХСН и АГ у мужчин среднего возраста с депрессией отмечены следующие клинико-гемодинамические сдвиги:

- значительное (в среднем на 72,2%) повышение приверженности к лечению ($p < 0,05$), хотя полная приверженность отмечалась всего у 15 (41,7%) пациентов;
- снижение САД (в среднем более 25%) и ДАД (более 17%), достоверное при сравнении с исходными данными ($p < 0,05$); динамика АД характеризовалась не только снижением АД при сравнении с исходными данными, но и достижением целевых уровней у преобладающего большинства пациентов; целевые уровни АД не были достигнуты только у 4 больных;
- на фоне комбинированной терапии исчезли проявления ХСН у 10 (27,8%) больных с I-ФК ХСН, выраженность ХСН уменьшилась на один ФК у 16 (16,7%); снижение выраженности ХСН у больных характеризуется значимым снижением значений ШОКС (при сравнении с исходными данными - в среднем на 58,9%), ФК ХСН (на 36,5%), КЖ по MLHFQ (на 39,5%) и повышением ТШХ на 12,8% ($< 0,05$); (таблица 5).

Таблица 5.- Динамика клинико-гемодинамических показателей на фоне стандартной терапии ХСН на фоне мягкой и умеренной АГ у мужчин среднего возраста, дополнительно получающих антидепрессивную терапию

Показатель (M±m)	Исходно	Через 24 недель	p	Динамика (%)
Депрессия, баллы	15,4±0,52	6,3±0,35	<0,001	↓59,1
Приверженность к лечению, баллы	1,8±0,12	3,3±0,11	<0,001	↑72,2
САД, мм рт. ст.	163,2±1,7	122,1±0,8	<0,001	↓25,2
ДАД, мм рт. ст.	101,4±0,9	83,9±0,7	<0,001	↓17,3
ШОКС, баллы	4,6±0,36	1,89±0,28	<0,001	↓58,9
ТШХ, м	432,1±13,8	487,2±13,1	<0,001	↑12,8
КЖ (MLHFQ), баллы	37,7±2,8	22,8±1,3	<0,01	↓39,5
ФК ХСН	1,67±0,126	1,06±0,14	<0,001	↓36,5

Примечание: p - достоверность различия (от исходных) показателей в динамике (по T-критерию Вилкоксона).

Следует отметить, что при комбинированной с андидепрессантом терапии ХСН отрицательная взаимосвязь между депрессией и с ТШХ (рисунок 6) – близка к сильной ($r = -0,669252$).

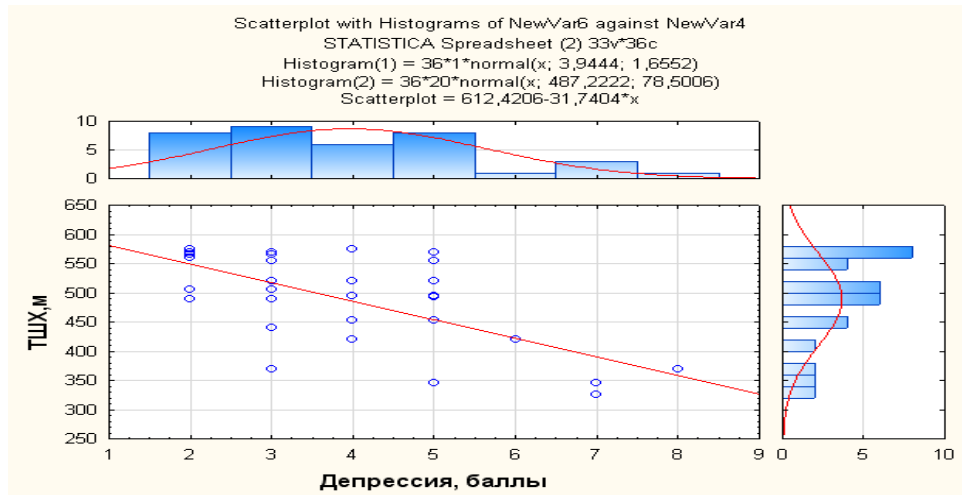


Рисунок 6.- Взаимосвязь выраженности депрессии и ХСН (по ТШХ) на фоне стандартной терапии ХСН и АГ у мужчин среднего возраста, дополнительно получающих антидепрессивную терапию.

Кроме того, взаимосвязь депрессии с выраженностью ХСН – умеренная, односторонняя с ШОКС ($r = 0,60772$; $p < 0,05$) и КЖ по MLHFQ ($r = 0,646603$; $p < 0,05$) и ФК ХСН ($r = 0,644487$; $p < 0,05$). Между депрессией и уровнем САД ($r = 0,418333$; $p < 0,05$) взаимосвязь умеренная, прямая, как и с ТИМ ($r = 0,52530$; $p < 0,05$).

Взаимосвязь между приверженностью к лечению и показателями, характеризующими выраженность ХСН - сильная, прямая с ТШХ ($r = -0,86495$); сильная, отрицательная с ШОКС ($r = 0,787968$; $p < 0,05$) и КЖ по MLHFQ ($r = 0,729966$; $p < 0,05$).

Положительная динамика клинико-гемодинамических показателей на фоне назначения АДТ к стандартной комплексной терапии ХСН и АГ у мужчин среднего возраста с депрессией сопровождается улучшением структурных показателей миокарда и сосудов (таблица 6) со снижением ИММЛЖ, уменьшением ТИМ брахиоцефальной артерии и улучшением диастолической функции ЛЖ со значимым повышением соотношения Е/А ($< 0,05$);

Таблица 6.- Динамика клинико-гемодинамических показателей на фоне стандартной терапии ХСН на фоне мягкой и умеренной АГ у мужчин среднего возраста, дополнительно получающих антидепрессивную терапию

Показатель (M±m)	Исходно	Через 24 недели	p	Динамика (%)
Е/А	0,856±0,02	0,956±0,018	<0,01	↑11,7
ТИМ, мм	1,075±0,023	0,964±0,02	<0,001	↓10,4
ИММЛЖ, г/м2	136,5±1,3	127,8±1,0	<0,01	↓6,4
ФВ,%	59,3±0,7	61,1±0,5	<0,05	↑3,0

Примечание: p - достоверность различия (от исходных) показателей в динамике (по T-критерию Вилкоксона).

Таким образом, у мужчин среднего возраста с ХСН и АГ на фоне депрессии, стандартное лечение с назначением антидепрессивной терапии, способствует значительному снижению клинической выраженности как депрессии, так и ХСН, повышая приверженность к лечению и улучшает КЖ по MLHFQ. Улучшение структурно-функциональных свойств ЛЖ и сосудов сопровождается значимым повышением Е/А, снижением ИММЛЖ и уменьшением ТИМ, что свидетельствует об эффективности комбинированной с антидепрессантом (пароксетином) стандартной терапии ХСН у мужчин среднего возраста с депрессией.

Сравнительная эффективность разных терапевтических подходов при ХСН и депрессии у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной гипертензией. Динамику депрессивных расстройств наглядно демонстрирует рисунок 7.

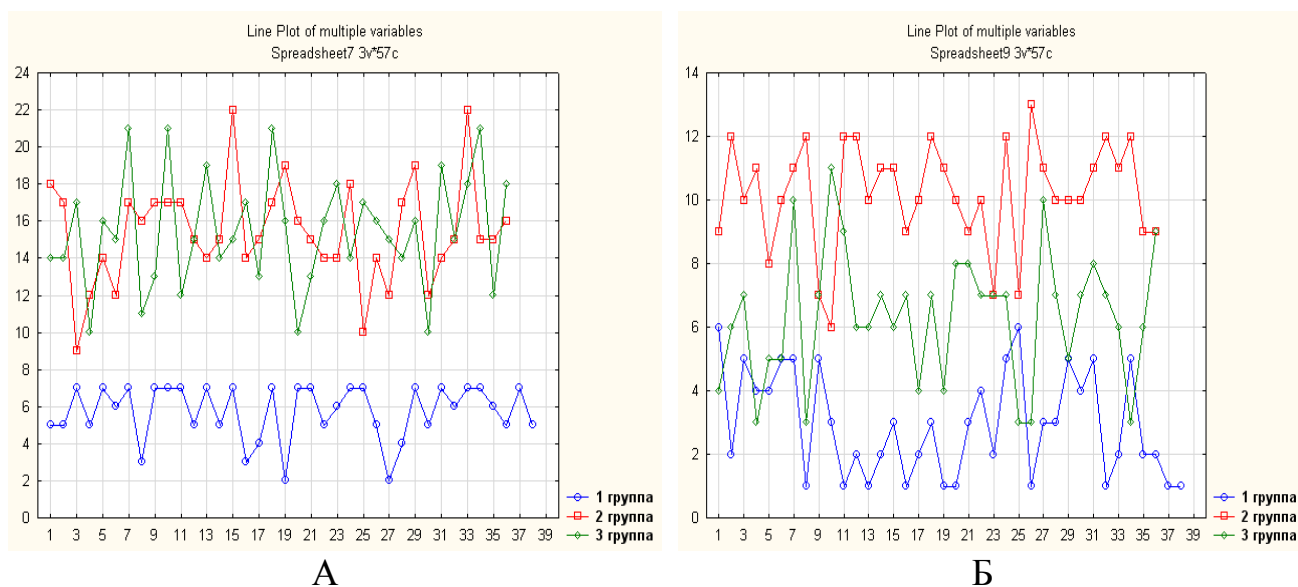


Рисунок 7.- Динамика выраженности депрессивных расстройств (А – исходные значения, Б - после лечения) у пациентов с ХСН и АГ: 1 группа - без депрессии (стандартная терапия); 2 группа – с депрессией (стандартная терапия); 3 группа – депрессией (стандартная терапия, сочетанная с антидепрессантом пароксетином).

При сравнительной оценке эффективности разных терапевтических подходов к концу наблюдения установлено, что при отсутствии депрессии на фоне стандартной терапии ХСН и АГ у большинства пациентов 1 группы уровни депрессии не превышают 3 баллов. У пациентов 2 группы (с депрессией) стандартная терапия привело к заметному снижению исходных депрессивных расстройств ($p < 0,05$), однако их уровни значимо превышают допустимые.

У пациентов 3 группы с депрессией, получающих пароксетин, снижение уровней депрессии значимо не только при сравнении с исходными, но и с группой пациентов 2 группы

Через 24 недели стандартной терапии ХСН у больных 1-группы отмечается значительное снижение САД и ДАД, при сравнении с таковыми 2-группы ($p < 0,05$), тогда как уровни АД у больных 1 и 3-группы (на фоне комбинированной терапии) – сопоставимы ($p > 0,05$). Среднее значение САД выше ($p < 0,05$) во 2 группе пациентов (с депрессией, не получающих АДТ), чем в 1 группе (без депрессии) и 3 группе с депрессией, но получающих АДТ (таблица 7).

Таблица 7. - Динамика клинико-гемодинамических показателей на фоне стандартной и комбинированной с антидепрессантом терапии хронической сердечной недостаточности у пациентов сравниваемых групп

Показатель (M±m)		Группы больных			p
		без депрессии	с депрессией		
		1 гр. (n=38)	2 гр. (n=36)	3 гр. (n=36)	
		СТ		СТ+АДГ	
Депрессия, баллы	• исходно	5,74±0,24	15,4±0,47	15,4±0,52	>0,05
	• через 24неделя	2,95±0,27*	10,2±0,28*	6,3±0,35*	<0,0001
САД, мм рт. ст.	• исходно	159,5±1,2	163,6±2,0	163,2±1,7	>0,05
	• через 24неделя	125,4±1,2*	144,2±1,1*	122,1±0,8*	<0,001
ДАД, мм рт. ст.	• исходно	98,7±0,8	101,3±0,89	101,4±0,9	>0,05
	• через 24неделя	82,6±0,9*	86,1±0,8*	83,9±0,7*	>0,05
Приверженность лечению,баллы	• исходно	2,34±0,15	1,72±0,12	1,8±0,12	>0,05
	• через 24неделя	3,42±0,1*	2,03±0,17	3,3±0,11*	<0,001

Примечание: СТ - стандартная терапия; АДГ - антидепрессивная терапия; * - достоверность различия ($p < 0,05$) от исходных значений показателя (по Т-критерию Вилкоксона); p - различия между 2 и 3 группой на фоне антидепрессивной терапии (по t-критерию Стьюдента).

Что касается приверженности к лечению, то к концу наблюдения на фоне терапии абсолютное среднее её значение значительно выше (рисунок 8) у больных 1-группы, как при сравнении со 2-й, так и 3-группой ($p < 0,001$).

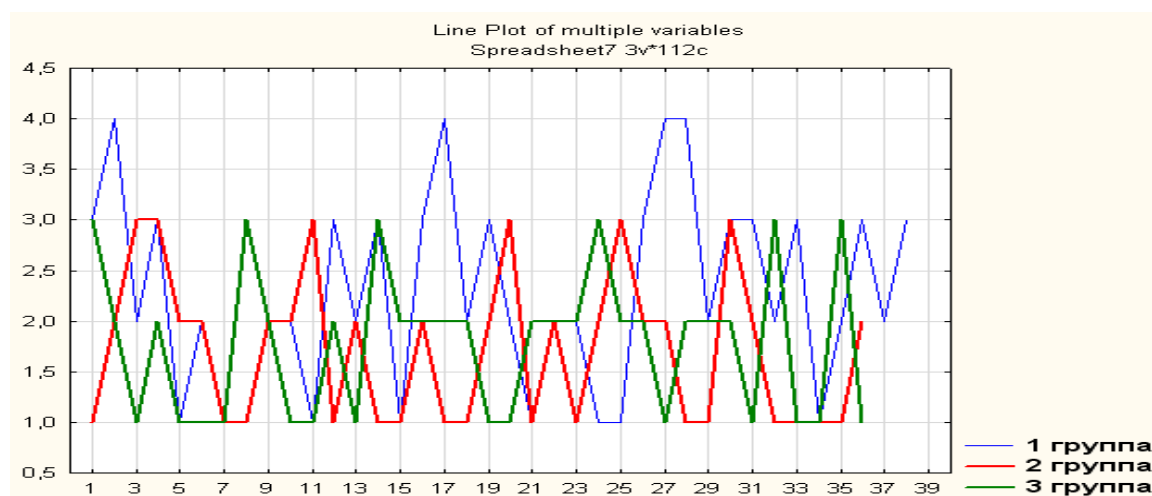


Рисунок 8.- Приверженность к лечению у пациентов без депрессии (1-группа, через 24 недель стандартной терапии ХСН и АГ) и с депрессией (3 - группа, через 24 недель стандартной терапии, сочетанной пароксетином терапии).

На фоне антидепрессивной терапии у пациентов 3-группы устранены депрессивные расстройства, тем не менее, приверженность к лечению в этой группе значительно ниже, чем в группе пациентов, у которых депрессия отсутствовала изначально (1-группа).

С учётом сильной отрицательной взаимосвязи между депрессией и приверженностью к лечению, можно сделать заключение, что недостаточное сни-

жение депрессивных расстройств на фоне терапии, сопровождается сравнительно низкой приверженностью к лечению у больных 2-группы, и в связи с этим – к значимо высокому уровню САД и ДАД.

Это свидетельствует о важности первичной профилактики депрессивных расстройств у мужчин среднего возраста с ХСН на фоне АГ и позволяет рассматривать ликвидацию депрессивных расстройств и повышение приверженности к лечению до степени «приверженных» - как основной критерий эффективности терапии ХСН.

При анализе динамики выраженности ХСН после лечения в сравниваемых группах установлено, что на фоне стандартной терапии ХСН самые низкие значения ШОКС, ФК ХСН, КЖ по MLHFQ и высокие – ТШХ,- имели место у больных без депрессии (1- группа); их различия со 2-группой (с депрессией, но не получающих АДТ) - значимы ($p < 0,05$).

Показатели ШОКС и ФК ХСН у больных 1 и 3-групп – сопоставимы, различия - незначимы ($> 0,05$), однако дистанция ТШХ значимо ниже ($p < 0,05$), а КЖ по MLHFQ – выше у пациентов 3 группы, чем таковые в 1 группе, что свидетельствует о меньшей выраженности ХСН у последних.

Уровень толерантности к физической нагрузке является независимым предиктором смертности от всех причин, а его повышение увеличивает выживаемость в этой популяции, в этой связи, низкие значения ТШХ у мужчин среднего возраста с депрессией, можно рассматривать как предиктор неблагоприятного прогноза для жизни.

Низкая клиническая выраженность ХСН у больных без депрессии на фоне стандартной терапии, сопоставимая (по значениям ШОКС и ФК ХСН) с таковой у больных с депрессией дополнительно получающих АДТ, и высокая - у больных с депрессией не получающих АДТ, - свидетельствуют о значимости депрессии в устойчивости проявлений ХСН.

Следует отметить, что недостаточное снижение выраженности ХСН и повышения приверженности к лечению у пациентов среднего возраста с ХСН на фоне мягкой и умеренной АГ остаётся малозаметным, что связано с улучшением психоэмоционального и соматического состояния больных на фоне сочетанной стандартной и антидепрессивной терапии. Об этом свидетельствует сравнительный анализ динамики некоторых гемодинамических показателей.

Установлено, что улучшение диастолической функции ЛЖ (по E/A) и снижение ИММЛЖ у больных 1-группы (при отсутствии депрессии) значимы при сравнении 2-ой и 3-ей группой ($p < 0,05$). Фракция выброса ЛЖ (ФВ) – сопоставима в сравниваемых группах ($> 0,05$). Повышение E/A, снижение ИММЛЖ и уменьшение ТИМ у больных 3-ей группы на фоне АДТ значимы при сравнении со 2-ой группой ($p < 0,05$).

В целом, следует отметить, что у больных 2-ой группы позитивные сдвиги структурно-функциональных показателей миокарда ЛЖ на фоне СТ менее выражены: отмечаются самое низкое среднее значение отношения E/A, высокое - ИММЛЖ и ТИМ. АДТ не только устраняет депрессивные расстройства, но и повышает антиатеросклеротическую эффективность проводимой стан-

дартной терапии ХСН, о чём свидетельствует сопоставимость ТИМ у больных 1 и 3-группы (таблица 8).

Таблица 8. - Динамика гемодинамических и структурно-функциональных параметров левого желудочка и сосудов при разных терапевтических подходах у пациентов сравниваемых групп.

Показатель (M±m)	Группы больных			P
	без депрессии	с депрессией		
	1 гр. (n=38)	2 гр. (n=36)	3 гр. (n=36)	
	СТ		СТ+АДТ	
ШОКС, баллы	1,45±0,25	2,44±0,29*	1,89±0,28	<0,05
ТШХ, м	526,1±6,4	462,9±11,8*	487,2±13,1*	>0,05
КЖ (MLHFQ), баллы	16,2±1,3	30,7±2,3*	22,8±1,3*	<0,01
ФК ХСН	0,95±0,08	1,31±0,12*	1,06±0,14	>0,05
Е/А	1,02±0,021	0,903±0,017 *	0,956±0,018*	<0,05
ТИМ, мм	0,937±0,02	1,0±0,038*	0,964±0,02	<0,05
ИММЛЖ, г/м ²	124,6±1,0	131,7±1,6*	127,8±1,0*	<0,05
ФВ, %	61,2±0,5	60,1±0,4	61,1±0,5	>0,05

*Примечание: СТ - стандартная терапия; АДТ - антидепрессивная терапия; * - значимость различия (p<0,05) абсолютных показателей с 1 группой (по U-тесту Манна Уитни), p - достоверность различия между 2 и 3 группой (по t-критерию Стьюдента).*

Таким образом, ряд клинико-гемодинамических сдвигов у мужчин среднего возраста с ХСН на фоне АГ связаны не столько уровнем АД, сколько депрессией. Депрессия влияет не только на приверженность к лечению и КЖ, но и на структурные параметры, которые могут служить дополнительными критериями выбора стратегии лечения. Наличие сильной взаимосвязи с приверженностью к лечению (отрицательная) и увеличением ТИМ (прямая) характеризует депрессию как предиктор снижения эффективности терапии АГ и ХСН, препятствующий замедлению атеросклеротического поражения сердца и сосудов.

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. У 87,1% мужчин среднего возраста, госпитализированных с ССЗ, выявляется мягкая и умеренная АГ, часто (50,5%) сопровождающая ХСН начальных стадий (чаще всего, I и II ФК). Тревожно-депрессивный синдром чаще наблюдается у больных с ХСН (85%), однако до госпитализации антидепрессивная терапия проведена у менее 10% больных. [А-7, А-8, А-11, А-18].
2. Исходные клинико-гемодинамические проявления ХСН (повышение ИММЛЖ, ТИМ, значений ШОКС, ТШХ и снижение Е/А, КЖ по MLHFQ) на фоне депрессии более выражены, чем при её отсутствии ($p < 0,05$) [А-17]
3. При отсутствии депрессии стандартная терапия ХСН и АГ эффективна: повышается приверженность к лечению (полная - у 50% пациентов), снижается степень АГ и ФК ХСН, улучшается КЖ ($p < 0,05$). На фоне депрессии эффективность стандартной терапии (без фармакотерапии депрессии) невысока: несмотря на значимое снижение АД и ФК ХСН, положительная динамика структурных параметров сердца и сосудов, не значима; недостаточное снижение депрессии сопровождается недостаточным повышением приверженности к лечению ($r = -0,755249$), что, в целом, снижает эффективность терапии [А-17]
4. Стандартное лечение ХСН, комбинированное с АДТ (пароксетин), снижает клиническую выраженность, как депрессии, так и ХСН ($p < 0,05$); улучшает структурные свойства ЛЖ и артерий (снижение ИММЛЖ и ТИМ; $p < 0,05$), что свидетельствует об эффективности терапии ХСН, в том числе, сопровождающего снижением атеросклеротического поражения артерий [А-17, А-19].
5. Приверженность к лечению у больных с депрессией, получающих комбинированную (с АДТ) терапию, несмотря на её повышение более 2 раз, к концу наблюдения ниже ($p < 0,05$), чем у больных с ХСН, у которых депрессия отсутствовала изначально. Сложность достижения полной приверженности к лечению у мужчин среднего возраста с АГ на фоне депрессии указывает на необходимость разработки действенных мер профилактики не только ХСН, но и депрессивных расстройств [А-17, А-20].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Регулярный скрининг на своевременное выявление как ХСН, так и депрессивных расстройств, является приоритетной тактикой ведения мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ.
2. Умеренные и выраженные депрессивные расстройства у мужчин среднего возраста с ХСН на фоне 1-2 степени АГ можно рассматривать как предиктор снижения КЖ, низкой приверженности к лечению и прогрессирующего течения ХСН.
3. Сочетание клинических проявлений депрессии с низкой приверженностью к лечению, целесообразно считать критерием выбора комбинированной (стандартная терапия с фармакотерапией депрессии) терапии ХСН и АГ. Основным критерием эффективности такого терапевтического подхода целесообразно рассматривать достижение полной приверженности к терапии.

Список публикаций соискателя учёной степени

Статьи в рецензируемых журналах

1. – А. Султанов Х.С. Лечение хронической сердечной недостаточности у больных старших возрастов с артериальной гипертонией /Х.С.Султанов, Р. Г. Сохибов, Н. А. Алимова, Т. П. Сабилова С. Тагоев// Ж. «Вестник Авиценны». - 2009. - №3.- С.72-78.
2. – А. Султанов Х.С. Течение артериальной гипертонии у мужчин среднего возраста / Х.С. Султанов, Х.Ё. Шарипова, Г.М. Негматова //Ж. «Вестник Авиценны» .- 2015.- № 1.- С. 55-60.
3. – А. Султанов Х.С. Приверженность мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной артериальной гипертонией к выполнению врачебных рекомендаций / Н.А.Алимова, Х.Ё.Шарипова, Х.С. Султанов, Г.М.Негматова, Р.Г.Сохибов // Ж. «Вестник Авиценны».- 2015.- № 3- С.71-76
4. – А. Султанов Х.С. Вариабельность артериального давления и приверженность к лечению мужчин среднего возраста больных с артериальной гипертонией на фоне контролируемой терапии / Х.С. Султанов, Н.А.Алимова, Х.Ё. Шарипова // Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2015.- №3.- С. 42-49

Статьи и тезисы в сборниках конференций:

5. – А. Султанов Х.С. Эффективность терапии $\alpha 1$ -, $\beta 1$ -, $\beta 2$ - адrenoблокатором карведилом и иАПФ диротеном больных ХСН на фоне ИБС и артериальной гипертонии / Х.Ё. Шарипова, Н.А.Алимова, Х.С. Султанов // Материалы научно – практической конференции с международным участием «Вклад ТГМУ в подготовку кадров, медицинскую науку и улучшение здоровья общества», посвященная 70 – летию образования ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе -2009.- С.166-168.
6. – А. Султанов Х.С. Исследование качества жизни больных гипертонической болезнью / М.А. Хашимова, Х.С. Султанов, М.Г. Самадова //Материалы научно – практической конференции с международным участием «Вклад ТГМУ в подготовку кадров, медицинскую науку и улучшение здоровья общества» посвященная 70 – летию образования ТГМУ им Абуали ибни Сино, Душанбе - 2009.- С.150-152.
7. – А. Султанов Х.С. Лечение хронической сердечной недостаточности у больных избыточной массой тела / Х.Ё. Шарипова, Х.Х. Киёмидинов, Х.С. Султанов, А.А. Хакназарова // Материалы 59 годичной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино «Роль медицинской науки в оздоровлении общества» посвященная 20 – летию Государственной независимости Республики Таджикистан. Душанбе.-2011.- С.212-214.
8. – А. Султанов Х.С. Лечение хронической сердечной недостаточности на фоне ожирения и приверженность больных / Х.Ё.Шарипова, Х.Х. Киёмидинов, Х.С.Султанов, З.С. Бобоева // Материалы 59 – ой годичной научно – практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль медицинской науки в оздоровлении общества» посвященная 20 – летию Государственной независимости Республики Таджикистан. Душанбе.- 2011.- С. 214-215.

9. – А. Султанов Х.С. Частота факторов риска у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне избыточной массы тела /М.Носиралиева, Х.С. Султанов //Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Современная медицина в Таджикистане: проблемы, достижения и перспективы развития» посвященной 90- летию профессора С.И Рахимова.- Душанбе.- 2012.- С.54.
10. – А. Султанов Х.С. Сравнительный анализ особенностей профилактики и лечения хронической сердечной недостаточности на амбулаторном и стационарном этапе / Х.С. Султанов, Х.Ё. Шарипова, Н.А.Алимова // Сборник научных статей 61 годичной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, с международным участием. «Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение» - Душанбе, 2013.- С.308-309.
11. – А. Султанов Х.С. Поражение органов-мишеней и исходы артериальной гипертонии у мужчин молодого и среднего возраста /Х.С.Султанов, Х.Ё. Шарипова, Г.М. Негматова // Материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, «Медицинская наука и образование» посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан.- Душанбе, 2014. - С.96-98.
12. – А. Султанов Х.С. Факторы риска у мужчин молодого и среднего возрастов с артериальной гипертонией / Х.Ё.Шарипова, Х.С. Султанов, Г.М. Негматова // Материалы 62-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, «Медицинская наука и образование» посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан.-2014, т. II.- С.137-139.
13. – А. Султанов Х.С. Причины низкой приверженности к лечению больных артериальной гипертонией / Х.С. Султанов, Г.М. Негматова, Ф.Н.Абдуллаев, Г.А Ачева // Материалы Международной конференции Евразийской ассоциации терапевтов и научно практической конференции «Миррахимовские чтения».-Бишкек.-2015.- С.32.
14. – А. Султанов Х.С. Мушкилоти интихоби тактикаи табобати беморони гирифтори гипертонии шароёни // Х.Ё. Шарипова, Г.М. Негматова, Ф.Н. Абдуллаев, Х.С. Султонов // Маҷаллаи «Авҷи Зухал» Душанбе 2015г. №3. С. 43-48
15. – А. Султанов Х.С. Приверженность больных лечению и ожидаемая эффективность терапии резистентной гипертонии / Г.А. Ачева, Х.Ё. Шарипова, Г.М. Негматова, Х.С. Султанов // IV- Международный форум кардиологов и терапевтов г. Москва 2015г. стр.27.
16. – А. Султанов Х.С. Значимость эндотелиальной дисфункции у больных артериальной гипертонией разного генеза /Х.С. Султанов., А.А.Шербадалов., Г.М.Негматова., Х.Ё.Шарипова //Материалы 64-ой научно-практической конференция ТГМУ им Абуали ибни Сино, «Проблемы теории и практики современной медицины» посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. Душанбе 2016- С.118-120.
17. – А. Султанов Х.С. Эффективность стандартной терапии хронической сердечной недостаточности и артериальной гипертонии сочетанной с фармакотерапией депрессии у мужчин среднего возраста /Х.С. Султанов, А.А. Шербада-

лов, Ф.Н.Абдуллаев, Х.Ё.Шарипова, // Материалы 65-ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире» Душанбе 2017. том-1 С.358-360.

18. – А. Султанов Х.С. Расстройства депрессивного ряда у мужчин среднего возраста с хронической сердечной недостаточностью на фоне артериальной гипертонии /Х.С. Султанов, Х.Ё.Шарипова, Д.М.Якубов, Д.А.Халилова // Материалы 65-ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире» Душанбе 2017. том-1 С.360-362.

19. – А. Султанов Х.С. Течение артериальной гипертонии у пациентов среднего возраста при сочетании традиционных семейных установок и маскулиных гендерных стереотипов / Г.М.Негматова, А.А.Шербадалов, Х.Ё.Шарипова, Х.С. Султанов //Мат.65-ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире» - Душанбе- 2017. - том-2 С.111-113.

20. – А. Султанов Х.С.: Эффективность стандартной терапии хронической сердечной недостаточности у мужчин с депрессией /Х.С. Султанов, Х.Ё. Шарипова, А.А.Шербадалов, О.С. Нуруллаев // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине»- Душанбе 2018.- том- I С.566-568

Список сокращений

АГ	- артериальная гипертония
АГТ	- антигипертензивная терапия
АГП	- антигипертензивные препараты
АДТ	- антидепрессивная терапия
ГПЛ	- гиперлипопротеидемия
ДАД	- диастолическое артериальное давление
ДДЛЖ	- диастолическая дисфункция ЛЖ
ИМ	- инфаркт миокарда
ИММЛЖ	- индекс массы миокарда левого желудочка
НК	- недостаточность кровообращения
КЖ	- качество жизни
ПОМ	- поражение органов мишеней
ППА	- поражение периферических артерий
САД	- систолическое артериальное давление
ССЗ	- сердечно-сосудистые заболевания
ТИМ	- толщина интима-медиа брахиоцефальных артерий
ССР	- сердечно-сосудистый риск
ТШХ	- тест с 6-минутной ходьбой
ФВ ЛЖ	- фракция выброса левого желудочка
ФК	- функциональный класс
ХСН	- хроническая сердечная недостаточность

**ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН
БА НОМИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО**

УДК 616.12-085; 616.12-008.46.

**СУЛТАНОВ
ҲАБИБУЛО СУВАНОВИЧ**

**НОРАСОИИ МУЗМИНИ ДИЛ ВА ДЕПРЕССИЯ ДАР
МАРДҲОИ МИЁНСОЛИ ГИРИФТОРИ ФИШОРБАЛАНДИИ
САБУК ВА МУЪТАДИЛ: САМАРАНОКИИ
МУНОСИБАТҲОИ ТАБОБАТӢ**

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
номзади илми тиб

аз рӯйи ихтисоси 14.01.04 – бемориҳои дарунӣ

Душанбе -2019

Таҳқиқот дар кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Рохбари илмӣ:

Шарипова Хурсанд Ёдгоровна

доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризи расмӣ:

Олимов Насим Хоҷаевич,

доктори илмҳои тиб

Нозиров Чамшед Ҳочиевич

доктори илмҳои тиб, досент.

Директори маркази таъбиқоти ташхиси

«Парастор-2014» ш.Ваҳдат ВТ ва ҲИА ҚТ

Муассисаи тақриздиханда: МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустӣ» - Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии ҚТ

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ с. 2019 соати _____ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.КOA-038 МДТ «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» (734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139) баргузор мегардад. tajmedun.@tj, +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи илмии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2019 ирсол гардид

Котиби илмӣ

**Шӯрои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб**

Р.Ҷ. Ҷамолова

Мукаддима

Мухимият. Паҳншавии норасоии музмини дил (НМД) тибқи маълумоти таҳқиқотҳои эпидемиологии солҳои охир, ки дар Россия (дар доираи таҳқиқотҳои ЭПОХА (Таҳқиқоти эпидемиологии миллӣ)–НМД) ва дар Ҷумҳурии Тоҷикистон гузаронида шудаанд, ба пешравию доимӣ майл дорад [Агеев, Ф.Т. бо ҳаммуаллифон, 2010; Рахимов З.Я. бо ҳаммуаллифон, 2010-2017; Ҳамидов Н. Ҳ. бо ҳаммуаллифон, 2015]. НМД дар заминаи фишорбаланди шарёнӣ (ФШ) ва оризаҳои он дар байни сабабҳои фавт аз бемориҳои дилу рағҳо (БДР) [Беленков Ю.Н., 2011; Бокерия О.Л. бо ҳаммуаллифон, 2013; McMurray J.J., 2012], аз ҷумла дар байни мардҳои миёнсали қобили қор ҷойи аввалро ишғол мекунад [Солони демографии Россия, 2010; WHO, 2014].

Динамикаи умумии фавтияти БДР аз вазъияти нохуби баамаломата, махсусан барои мардҳои синну соли қобилияти коридошта гувоҳӣ медиҳад [Скороходов А.П. бо ҳаммуаллифон, 2013; Bertuccio Petal., 2011]; паҳншавии НМД дар заминаи ФШ дар байни мардҳои то 60-сола назар ба занҳо бештар аст [Тавсияҳои миллии ҶМНД (Ҷамъияти мутахассисони норасоии дил), ҶҚР (Ҷамъияти кардиологии Россия) ва ҶИТТР (Ҷамъияти илмӣ -тиббӣ терапевтҳои Россия) оид ба таъхис ва табобати НМД, бознигарию 4, 2013; Платонов Д. Ю., 2012; Нозиров Дж.Х., 2018].

Дар заминаи таъсири хатарҳои детерминантҳои иҷтимоӣ ва андрогендефитситу афзоянда, БДР дар мардҳои миёнсол бештари вақтҳо якҷоя бо ихтилолҳои депрессивӣ чараён дорад [Гафаров, В.В. бо ҳаммуаллифон, 2012; Bell S.N. et al., 2010]. Басомади ихтилолҳои депрессивӣ дар беморони БДР паҳншавии онро дар байни популятсияи умумӣ хеле баланд мебардорад ва мувофиқи маълумотҳои гуногун аз 18 то 60%-ро ташкил медиҳад [ЛОИХАИ ЭБДР- ФР (Эпидемиологияи бемори дилу рағҳо дар манотиқи Федератсияи Россия), 2013; Gelenberg A.J., 2010; Baxter A. J.etal., 2010]. Қайд карда шуд, ки мавҷуд будани аломатҳои ваҳму депрессивӣ дар беморони гирифтори ФШ ва бемории ишемикии дил (БИД) хатари фавтоварро назар ба БДР ва ҳамаи сабабҳои дигар 1,5-2 маротиба зиёд кардааст, ки вобаста аз ин депрессия ба ҳайси омили нави хатар ва предикатори (хабаррасони) марги коронарӣ баррасӣ карда мешавад [Погосова Г.В., 2002; Freedland, К.Е., 2011]. Дар адабиёти илмӣ басомади баландтарини депрессия ҳангоми НМД шарҳ дода шудааст [Петрова Н.Н. бо ҳаммуаллифон, 2011; Rutledge T. et al., 2006].

Бартараф намудани ихтилолҳои депрессивӣ дар беморони мубталои НМД –ро яке аз муҳимтарин вазифаҳои табобати комплекси НМД ҳисоб кардан мумкин аст [Johnson T. J.etal., 2012]. Доруҳои гурӯҳи ИСЗБС (ингибиторҳои селективии забти баргардандаи серотонин) метавонанд, ки на танҳо симптомҳои депрессивиро кам кунанд, балки пешгӯии бемориҳои кардиоваскулярии беморонро низ беҳтар месозанд [Paraskevaidis I. et al., 2012]. Аммо зиёда аз нисфи беморони дорои симптомҳои депрессивӣ барои ёрии тиббӣ ва психологӣ муроҷиат намекунанд [Robert A. et al, 2011]. Мураккабии сари вақт таъхис кардани зухуроти аввалини НМД дар мардҳои синну соли миёна дар заминаи ФШ-и камсимптом ва сабуку муътадил чараёндошта ва симптомҳои соматикӣ деапрессия гирифтанд [WHO, 2014], метавонанд, ки хатари кардиоваскуляриро бештар созанд. Оптимизатсияи муносибатҳои табобатӣ-таъхисӣ ҳангоми НМД дар мардҳои синну соли миёнаи дорои ФШ-и сабуку

муътадил, ки якҷоя бо депрессия чараён мегирад, муҳимтарин проблемаи тибби дохилӣ ба ҳисоб меравад.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо ва мавзӯҳои илмӣ

Таҳқиқоти илмӣ дар доираи корҳои илмӣ-таҳқиқотии кафедраи таълими асосҳои бемориҳои дарунии МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» “Осебҳои ревматикӣ ва ғайривревматикӣ дилу рағҳо; интиҳоб аз рӯйи чинс, мавҷуд будани бемориҳои ҳамрав, ташхис ва табобат” (муҳлати иҷро солҳои 2016-2020) иҷро карда шудааст. Марҳалаҳои ҷудогонаи таҳқиқот ҷузъи корҳои илмӣ дар доираи барномаи давлатӣ “Стратегияи миллии солимии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон”, банди 3 (Паст кардани сатҳи басомади бемориҳои ғайрисироятӣ ва музмин) ва банди 4 (Детерминантҳои саломатӣ ва тарғиби тарзи ҳаёти солим) муҳлати иҷро 2010-2020, ба ҳисоб мераванд.

Мақсади таҳқиқот. Омӯзиши басомад ва вижагиҳои клиникӣ- гемодинамикии НМД дар робита бо возеҳии депрессия дар мардони синну соли миёнаи дорои ФШ-и сабук ва муътадил; арзёбии самаранокии муносибатҳои гуногуни табобат.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши басомади НМД ва ихтилолҳои депрессивии мардҳои бистаришудаи миёнсол бо ФШ-и сабук ва муътадил.
2. Муқаррар кардани вижагиҳои гемодинамикии НМД ва параметрҳои сохторӣ - функционалии меъдачаи чап вобаста аз возеҳии депрессия дар мардҳои дорои ФШ-и сабук ва муътадил.
3. Арзёбӣ кардани самаранокии табобати тӯлонии стандартии (24 ҳафта) НМД (бе истифодаи антидепрессантҳо) ва якҷоя бо табобати антидепрессантҳо (пароксетин) НМД дар гурӯҳи беморони гирифтори депрессия.
4. Мушаххас кардани предикторҳои чараёни пешравандаи НМД, ки ҳамроҳи депрессия чараён доранд, нишондод барои гузаронидани фармакотерапияи депрессия ва меъери самаранокии он дар мардҳои миёнсолҳои дорои ФШ-и сабук ва муътадил.

Навгониҳои илмӣ таҳқиқот

Бори нахуст дар Ҷумҳурии Тоҷикистон таҳқиқоти басомад ва возеҳии НМД ва ихтилолҳои депрессивӣ дар мардҳои миёнсолҳои дорои ФШ-и сабук ва муътадил (87,1%) мавриди баррасӣ қарор дода шудааст, ки нисфи зиёди онҳо (50,5%) НМД –и дараҷаи возиҳияш гуногун ва ихтилолҳои ваҳму депрессивӣ (62%) ҳамроҳӣ мекард.

Истифодаи схемаи мантикии арзёбии самаранокии муносибатҳои гуногуни табобатӣ ҳангоми НМД бо дар назардошти возеҳии он дар мардҳои миёнсолҳои дорои ФШ-и сабук ва муътадил, имконият дод, ки хусусиятҳои таъсири депрессия ба возеҳии нишондиҳандаҳои клиникӣ-гемодинамикӣ ва сохторӣ-функционалии дилу рағҳо муқаррар карда шавад, муайян кардани моҳияти табобати антидепрессивӣ барои пешгирии чараёни пешравандаи НМД.

Ҳангоми таҳлили натиҷаҳои ба даст овардашудаи таҳқиқоти мардҳои синну соли миёнаи гирифтори ФШ-и сабук ва муътадил, ҷудо кардани ин ҳолатҳо асоснок мебошанд: предикторҳои чараёни пешравандаи НМД дар

заминаи депрессия; нишондод барои гузаронидани фармакотерапияи депрессия ва меъёрҳои самаранокии он.

Нуктаҳои асосии барои ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Депрессия дар мардҳои миёнсоли дорои НМД дар заминаи фишор-баландии шарёнии сабук ва муътадил предикатори ҷараёни пешравандаи беморӣ ва майли кам доштан ба табобат ба ҳисоб меравад. Дар беморони дорои депрессия, ки табобати антидепрессивӣ нагирифтаанд, мавҷуд будани иртиботи қавии байни депрессия, аз як тараф ва возеҳии НМД, ғавсии маҷмӯи интима медиа (ФИМ), (мустақим) ва майл доштан ба табобат (манфӣ) -аз тарафи дигар аз аҳамияти депрессия дар самаранокии нисбатан ками табобати стандартии НМД ва суст шудани суръати осеби атеросклерозии дилу рағҳо гувоҳӣ медиҳад.

2. Ҳангоми яқоя намудани табобати стандартии НМД бо антидепрессантӣ дар мардҳои синну соли миёна дар заминаи марҳалаҳои 1-2-и ФШ, майл доштан ба табобат дарт охири мушоҳида назар ба беморони гирифтори НМД, ки дар онҳо аз аввал депрессия мавҷуд набуд, хеле паст аст. Ин ба зарур будани ҷорабиниҳои амалкунандаи профилактикии на танҳо НМД, балки ихтилолҳои депрессивӣ дар ин гурӯҳи беморон низ далолат мекунад.

3. Ба ҳайси меъёри асосии самаранокии табобати стандартии НМД, ки бо пароксетини антидепрессантӣ дар мардҳои миёнсоли дорои ФШ-и сабук ва муътадил бо депрессия ҷараён мегиранд, бояд ки на танҳо бартараф кардани ихтилолҳои ваҳму депрессивӣ, балки ба даст овардани майли пурра барои табобат низ баррасӣ шавад.

4. Тактикаи муносиби муроқибати мардҳои миёнсоли дорои ФШ-и сабук ва муътадил скрининги мунтазами сари вақт ошкор сохтани ҳам НМД ва ҳам ихтилолҳои депрессивӣ буда метавонанд.

Тасвиби таҳқиқот. Нуктаҳои асосии диссертатсия дар конференсияи 60-68-уми солонаи илмӣ -амалии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (Душанбе, солҳои 2012-2018); Форуми IV-уми байналмилалии кардиологҳо ва терапевтҳо (Москва, март соли 2015); Конгресси кардиологҳо ва терапевтҳои Осие Иттиҳоди Давлатҳои Мустақил (ИДМ), (Душанбе, 2019) пешниҳод ва таҳлилу баррасӣ шудаанд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда имконият медиҳанд, ки басомади баланди ФШ сабук ва муътадил, ки дар зиёда аз нисфи онҳо бо НМД –и возеҳияш гуногун ва аз он ҳам бештар (62%) ихтилолҳои ваҳму депрессия ҳамроҳ ҷараён доранд, ошкор карда шавад. Вижагиҳои таъсири депрессия ба возеҳии нишондиҳандаҳои клиникӣ ва сохториву функционалии дилу рағҳо муқаррар карда шуд. Самаранокии муносибатҳои гуногуни табобатӣ ҳангоми НМД бо дар назардошти возеҳ будани депрессия дар мардҳои миёнсоли дорои ФШ-и сабук ва муътадил муайян карда шуд. Аҳамияти табобати антидепрессивӣ барои пешгирӣ намудани ҷараёни НМД арзёбӣ карда шуд. Предикторҳои ҷараёни пешравандаи НМД дар заминаи депрессия нишондиҳандаҳо барои гузаронидани фармакотерапияи депрессия ва меъёрҳои самаранокии он дар мардҳои миёнсоли дорои ФШ-и сабук ва муътадил ҷудо карда шуд. Мақсаднок будан ва татбиқи усули экспресс-ташхис (скрининг) ҳамчун НМД ва ҳам ихтилолҳои депрессивӣ мардҳои миёнсоли дорои ФШ-и сабук ва муътадил нишон дода шуд.

Истифодаи усулҳои таҳқиқот ва натиҷаҳои диссертатсия дар фаъолияти амалии хадамоти статсионарӣ ва хадамоти поликлиникии МСШ №9 (ш. Душанбе), дар шӯъбаи кардиологияи МСШ №2 (ш. Душанбе) татбиқ шудаанд. Маводи таҳқиқот дар раванди таълимии кафедраи бемориҳои дарунии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино мавриди истифода қарор доранд.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Дар доираи мавзӯҳои рисола 20 таълифоти илмӣ нашр шудааст, ки аз ҷумлаи онҳо 4 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи тавсиянамудаи КОА-и назди Президенти ҶТ ба ҷоп расидааст.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ Таҳлили адабиёти марбути мавзӯи диссертатсия, ороиш додани рисола, мақсад ва вазифаҳо, ҷамъоварӣ ва танзими маълумотҳои клиникии аввалия шахсан аз тарафи диссертант анҷом дода шудааст. Муаллифи рисола мустақилона беморонро интиҳоб карда, ҳамаи беморони марбути мавзӯи рисола муроқибат намудааст; маълумотҳои клиникӣ ва сохторӣ-гемодинамикии (Эхо-КГ ва доплер-КГ) –ро дар динамика арзёбӣ намудааст. Коркарди омории натиҷаҳои ба даст овардашуда таҳлил ва дар маводи нашршуда инъикос намудааст.

Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия. Диссертатсия дар 132 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёти илмӣ, мавод ва методҳои таҳқиқот, усулҳои коркарди омории натиҷаҳо, се боби натиҷаҳои таҳқиқоти муаллифи рисола, хулоса, натиҷагирӣ, тавсияҳо барои тибби амалӣ, феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Дар диссертатсия 26 расм ва 21 ҷадвал мавҷуд аст. Дар феҳристи адабиёт 214 номгӯй, аз ҷумла 112 сарчашма бо забони русӣ оварда шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Тавсифи шахсони таҳқиқшуда, марҳалаҳо ва методҳои таҳқиқот.

Таҳқиқот дар шӯъбаҳои кардиоревматологӣ, неврологӣ ва терапевтии Маркази шахрии саломатии №2 шаҳри Душанбе гузаронида шуд.

Ба сифати маводи воқеии диссертатсия таҳқиқоти 287 марди миёнасоли аз хусуси бухрони фишорбаландӣ, ҳолатҳои коронарӣ ва НМД, ки дар шӯъбаҳои терапевтӣ ва кардиологияи МСШ №2 (ш. Душанбе) бистарӣ буданд, хизмат карданд.

Меъёрҳои ба таҳқиқот дохилкунӣ инҳо буданд: мардҳои 45-64 солаи дорои ФШ-и сабук ва муътадил (аввалия, яъне бемории фишорбаландӣ). Меъёрҳои хоричкунӣ: шаклҳои дуюмии ФШ, НМД синфи функционалии (СФ) IV, ихтилоли шадидаи коронарӣ ва гардиши хуни майнаи давомнокияш камтар аз як сол; бемориҳои музмини инсидодии шушҳо, ихтилолҳои вазнини рӯҳӣ ва бемориҳои соматикӣ (норасоии гурдаҳо ва ҷигар).

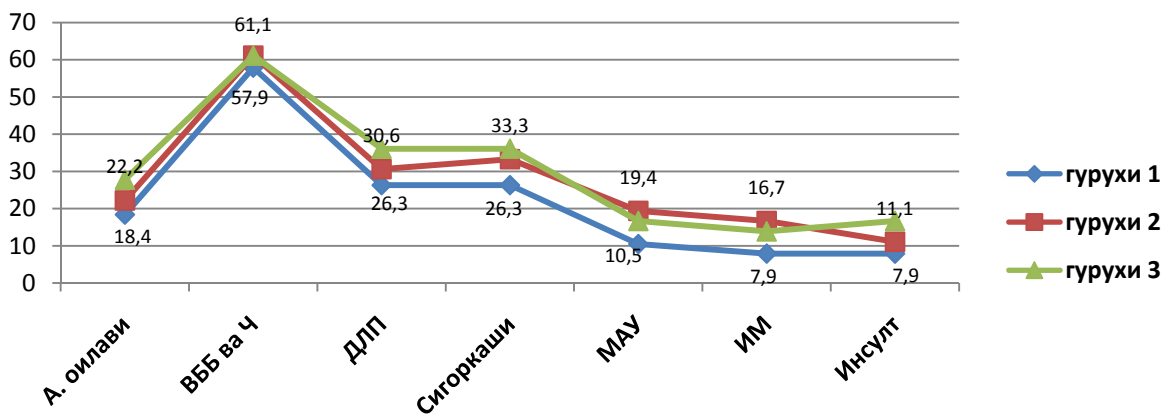
Ҳангоми омӯзиши дараҷаи фишорбаландии шарёнӣ 250 бемор бо ФШ сабук ва муътадил ҷудо карда шуд, ки ба марҳалаи якуми таҳқиқот дохил карда шуда буданд. Ин беморон вобаста аз вучуд доштан ё надоштани НМД мувофиқи ШАҲК (шкалаи арзёбии ҳолати клиникӣ) ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: бе НМД (123 бемор) ва бо НМД I-III СФ (127 бемор). Дар ҳамаи бемороне, ки ба ин марҳилаи таҳқиқот дохил карда шуда буданд, анамнез (сабаби бистаришавӣ, давомнокии ФШ, ташҳиси клиникӣ) омӯхта, возеҳии НМД аз рӯйи шкалаи баҳодихии ҳолати клиникӣ (ШБҲК) муайян карда,

скрининги ихтилоли ваҳму депрессия мувофиқи Шкалаи госпиталии ваҳм ва депрессия (HADS) гузаронида шуд; басомади НМД ва ихтилолҳои ваҳм-депрессивӣ дар мардҳои синну соли миёна омӯхта шуд, хусусиятҳои клиникӣ-гемодинамикии НМД дар иртиботи мутақобила доштан бо возеҳии ихтилолҳои депрессивӣ таҳлил карда шуд.

Бо мақсади муоина ва табоати минбаъда (дар марҳалаи дуҷуми таҳқиқот) 110 бемор интихоб шуд, ки дар онҳо НМД I-III СФ муқаррар карда шуда буд ва табоати стандартии НМД ва ФШ-ро интихоб карда буданд (бо дар назардошти Тавсияҳои миллии ҚМНД, БДР, ҚҚР ва ҚИТТ ҷиҳати ташхис ва табоати НМД; бознигарии чорум, 2013), дар онҳо мавҷуд будан ва возеҳии ихтилолҳои депрессивӣ мувофиқи шкалаи Гамилтон омӯхта шуд, ки он барои арзёбии самаранокии табоати антидепрессивӣ дар таҳқиқотҳои клиникӣ зиёдтар истифода мешавад.

Бо дар назардошти маълумотҳои ба даст овардашуда беморони гирифтори НМД ба 3 гурӯҳи аз ҷиҳати синну сол ва дараҷаи ФШ ва СФ НМД муқоисашаванда ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи якумро 38 бемори гирифтори НМД бе депрессия ташкил кард, ки дар онҳо табоати стандартии НМД ва ФШ гузаронида шуд. Ҳангоми омӯзиши муқоисавии самаранокии табоати антидепрессивӣ, беморони гирифтори депрессия ($n=72$) ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: дар 36 бемор (гурӯҳи 2) минбаъд табоати стандартии НМД бе таъйин кардани антидепрессантҳо анҷом дода шуд; 36 бемори боқимонда гурӯҳи 3-юмро ташкил доданд, ки дар онҳо табоати стандартии НМД, ҳамроҳ бо сифати пароксетини антидепрессантӣ гузаронида шуд.

Вобаста аз он, ки қиёсазирии маълумотҳои ибтидоӣ имконпазирии таъсири иловагии як қатор омилҳои БДР бар натиҷаи арзёбии самаранокии табоати минбаъдаро истисно мекунанд, дар аввал як маротибагӣ, дар гурӯҳҳои муқоисашаванда басомади ананези вазнинкунандаи оилавӣ (анамнези оилавӣ), инфаркт миокардҳои аз сар гузаронидашуда (ИМ) ва инсултҳо (ИС), вазни барзиёдати бадан ва чарбсорӣ (ВББ ва Ч), сигоркашӣ, дислипотеидемия (ДЛП) таҳлил карда шуданд- ҳангоми таҳлил кардани муҳтавои алфа-ва бета-холестерин, триглитсеридҳо, микроалбуминурия (МАУ) дар зардоби хун - тибқи хатҳои индикаторӣ (расми 1).



Расми 1.- басомади омилҳои хата рва осебҳои узвҳои ҳадаф (мишен) дар беморони гирифтори НМД дар заминаи ФШ: гурӯҳи 1 – бе депрессия, гурӯҳҳои 2 ва 3 – бо депрессия (%).

Муқаррар карда шуд, ки новобаста аз баъзе бартариҳои басомади омилҳои асосии омӯхташудаи клиникӣ-лаборатории хатари БДР дар беморони дорои депрессия, фарқияти онҳо дар гурӯҳҳои муқоисашаванда зиёд набуд ($p > 0,05$ – мувофиқи меъёри χ^2).

Истифодаи муносибатҳои ғайримедикаментозӣ (назорат ва баланд шудани майл ба модификатсияи тарзи ҳаёт ва табобати медикаментозӣ, риояи парҳез, баланд бардоштани фаъолнокии ҷисмонӣ, реабилитатсияи психологӣ) барои ҳамаи беморон ҳатмӣ ҳисобида шуд. Ҷузъи табобати стандартӣ доруҳои антигипертензивӣ (зиддифишорбаландӣ) буданд: ингибиторҳои ангиотензини табдилдиҳандаи ферменти (иАПФ), антагонистҳои ретсепторҳо ба АП, β -адреноблокаторҳо, антагонистҳои ретсепторҳои минералокортикостероидӣ, диуретикҳои гирехӣ ва дар вақти зарурат- гликозидҳои дил, антиаритмикӣ, статинҳо, нитратҳо ва ғ. дар заминаи табобати стандартӣ дар гурӯҳи 3-юми беморон табобат бо антидепрессанти пароксетинӣ (ё муодилҳои он), ба ҳисоби миёна дозаи $15,3 \pm 1,3$ мг/ш/р.

Дар аввал ва охири мушоҳида (баъди 24 ҳафта), дар ҳамаи беморон таҳқиқоти нишондиҳандаҳои клиникӣ-лабораторӣ ва инструменталӣ анҷом пазируфт: дараҷаи баланди ФШ, возеҳии НМД тибқи ШБХК, таҳаммулпазирӣ нисбат ба сарбории ҷисмонӣ мувофиқи тести роҳгардии 6-дақиқагӣ, майл доштан ба табобати модификатсияи саволномаи MoriskyD.E. бо ҳаммуаллифон [2008], сифати ҳаёт (СХ) мувофиқи саволномаи Миннесотӣ- MLHFQ [RectorT., CohnJ., 1992]. ЭКГ, Эхо-КГ бо баҳо додан ба тағйирҳои сохторӣ-функционалии дил ва рағҳо иҷро карда шуд: индекси (шоҳиси) массаи миокарди меъдаҷаи чап (ИМММЧ), фраксияи партоби (ФП) меъдаҷаи чап (МЧ), функсияи диастоликии МЧ (таносуби қуллаи E/A), ғафсии интиа-медиа (ҒИМ) шарёни брахиосефалӣ [NaguehS.F. et al., 2009].

Қорқарди омории мавод бо усули омори вариатсионӣ дар КП бо ёрии пакети иловагии «Statistica 6,0» анҷом дода шуд. Хусусияти тақсимои омории бузургҳои таҳлилшаванда бо истифода аз χ^2 – меъёри Пирсон ва меъёри Колмогоров-Смирнов арзёбӣ карда шуд. Маводи интихобшуда дар шакли «миёнаи арифметикӣ \pm хатои миёна» пешниҳод карда шуд. Муқоисаи бузургҳои нисбӣ мувофиқи меъёри χ^2 , бузургҳои мутлақ бошад, бо U-меъёри Манн-Уитни амалӣ гардид; дар сурати муътадил тақсим шудани нишондиҳандаҳои муқоисашаванда - бо t – меъёри Студент, дар динамика – мувофиқи T-меъёри Вилкоксон буд. Иртиботи мутақобилаи тағйирёбиҳо бо истифода аз коэффитсиенти мувофиқати Пирсон ва мувофиқати дараҷаҳои Spearman ҳисоб карда шуд. Фарқиятҳо бо ифодаҳои омории $p < 0,05$ ҳисоб карда шуданд.

Натиҷаҳои таҳқиқот

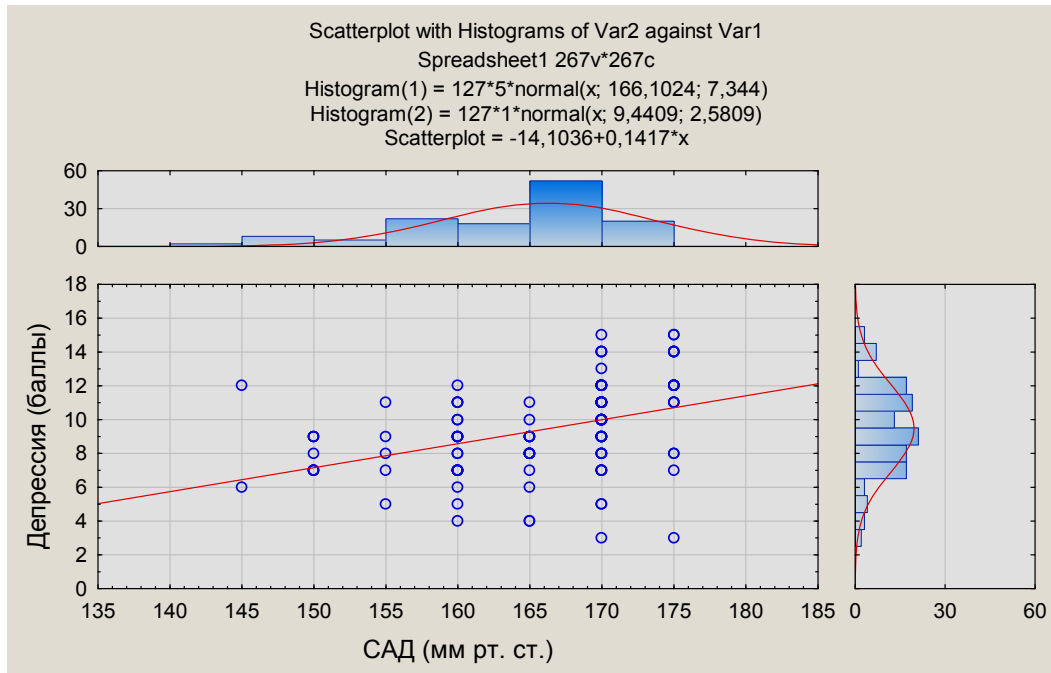
Марҳалаии якуми таҳқиқот. Натиҷаи омӯзиши сатҳи фишори шарёӣ ва возеҳии ихтилолҳои ваҳмӣ-депрессивӣ дар мардҳои синну соли миёна бо сабук ва муътадил вобаста аз мавҷуд будани зухуроти клиникии НМД дар ҷадвали 1 оварда шудаанд.

Чадвали 1.- Сатҳи ФШ ва ваҳм/депрессия бе НМД (гурӯҳи1) ва ҳамроҳ бо НМД (гурӯҳи 2) дар мардҳои синну соли миёна бо фишорбандии шарёӣ бе НМД (гурӯҳи 1) ва ҳамроҳ бо НМД (гурӯҳи 2)

Нишондиҳанда (M±m)	гурӯҳи 1 (n=123)	гурӯҳи 2 (n=127)	P
Синну сол	55,4±0,5	55,8±0,5	>0,05
ФШС (мм сут. сим.)	153,5±0,8	166,1±0,7	<0,05
ФШД (мм сут. сим.)	93,9±0,6	99,2±0,5	<0,05
Депрессия (балл)	7,7±0,2	9,4±0,2	<0,05
Ваҳм (балл)	5,1±0,14	7,36±0,18	<0,05

Эзоҳ: p – ифодаи оморӣ ($p < 0,05$) фарқият байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо (t – меъёри Стюдент).

ФШ-и сабук ва муътадил дар 250 (87,1%) бемор ба қайд гирифта шуд, ки дар байни онҳо дар 127 (50,8%) бемор зухуроти клиники НМД бо ШБХК муайян карда шуд. Ҳангоми скрининги ихтилоли ваҳм/депрессивӣ дар 155 (62%) бемори гирифтори ФШ-и сабук ва муътадил синдромҳои депрессия ё ваҳми дараҷаи возеҳияш гуногун муайян карда шуданд (расми 2).



Расми 2.- Иртиботи мутақобилаи депрессия бо сатҳи ФШС ($r = 0,3296$; $p < 0,05$) дар беморони синну соли миёна гирифтори НМД дар заминаи ФШ сабук ва муътадил (мувофиқи Spearman).

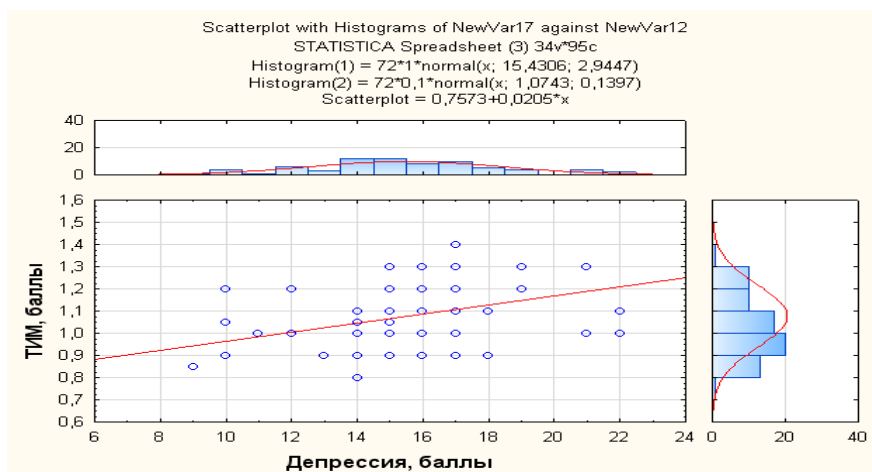
Дар заминаи НМД синдроми ваҳму депрессия (108/85%) назар ба набудани зухуроти НМД (47/38,2%; $p < 0,001$) зиёдтар ба мушоҳида мерасад, вобаста ба ин сатҳи ваҳм ва депрессия дар беморони гурӯҳи 2 хеле баланд аст ($p < 0,05$). Дар беморони бе НМД бештар сатҳи сарҳадии депрессия ва ваҳм, иртиботи мутақобилаи он бо фишори систоликии шарёӣ (ФШС) яктарафа ва суст аст.

Қисми бештар ва сатҳи баланди ваҳм ва депрессияро баланд шудани сатҳи фишори систоликии шарёӣ (ФШС) ва фишори диастоликии шарёӣ (ФШД) ва иртиботи байни депрессия ва ФШ дар мардҳои синну соли миёна

бо НМД – мустақим, муътадил бо ФШД ($r=0,3296$) ҳамроҳӣ мекунад; ФШД ($r=0,30077$); иртиботи мутақобилаи синдроми ваҳм бо сатҳи ФШ суст, яктарафа аст.

Аммо ҳангоми омӯзиши басомади табобати антидепрессивии то бистаришавӣ дар статсионар муқаррар карда шуд, ки табобати ғайримедикаментозии антидепрессии психотерапевтиро 3 (2,4%) беморон бе НМД ва 7 (5,5%) бо НМД гирифтаанд, яъне ҳангоми НМД ба басомади баланди ихтилолҳои депрессивӣ нигоҳ накарда, табобати антидепрессивӣ то дохил шудан ба статсионар дар камтар аз 10%-и беморон иҷро карда шудааст.

Марҳалаи дуҷуми таҳқиқот. Ҳангоми муқоиса кардани хусусиятҳои ибтидоии клиникӣ-гемодинамикӣ ва нишондиҳандаҳои сохториву функционалӣ дар гурӯҳи беморони бе депрессия ($n=38$) ва дар гурӯҳи умумӣ бо депрессия ($n=72$), муқаррар карда шуд, ки тағйироти сохтории миокарди меъдачаи чап (ТСММЧ) ва ҒИМ-и аорта, бад шудани СХ мувофиқи МЛНҒО, ба табобат кам шудани тамоюли мардҳои синну соли миёнаи гирифтори ФШ дар заминаи НМД, ки бо синдроми депрессивии нисбатан возеҳтар дар замина депрессия чараён доранд (расми 3).



Расми 3. – Иртиботи мутақобилаи инфиродии ифодаҳои ибтидоии депрессия ва ҒИМ-и дар беморони гурӯҳи 2 (гурӯҳҳои муттаҳидаи дорои депрессия), мувофиқи Spearman ($r=0,433096$; $p<0,05$).

Тағйиротҳои зикршударо паст шудани таносуби Е/А ($0,91\pm 0,009$ ва $0,85\pm 0,012$ – мутаносибан дар беморони гурӯҳҳои 1 ва 2 ҳамроҳӣ мекарданд; $p<0,05$) ва фосилаи тести шашдақиқагии роҳгардӣ ($483,7\pm 11,2$ и $431,7\pm 8,4$; $p<0,05$). Натиҷаҳои ба даст овардашуда возеҳии НМД дар беморони дорои депрессияро тасдиқ мекунад, афзудани назарраси ҒИМ-и аорта бошад, аз возеҳии атеросклероз гувоҳӣ медиҳад.

Аз ин хусус иртиботи мутақобилаи муътадили синдроми депрессивӣ ва майл доштан бо табабобат ($r=-0,411077$; $p<0,05$), СФ НМД ($r=0,478068$; $p<0,05$) ва бо ҒИМ-и ($r=0,433096$; $p<0,05$), дар беморони дорои депрессия низ тасдиқ мекунад.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои омӯзиши нишондиҳандаҳои ибтидоии сохториву функционалии дилу рағҳо дар мардҳои синну соли миёна аз чараёни пешравандаи протсесси атеросклерозӣ дар заминаи НМД, ки ҳамроҳ бо депрессия чараён дорад, гувоҳӣ медиҳад.

Арзёбии самаранокии таботати НМД. Самаранокии таботати стандартии НМД дар мардҳои синну соли миёна бе депрессия. Дар натиҷаи таботати стандартии гузаронидашудаи НМД дар беморони гурӯҳи якум (бе депрессия) тамоюлнокии беморон ба таботат хеле баланд (аз $2,3 \pm 0,15$ то $3,4 \pm 0,11$; ба 47,8%) буд. Тамоюли пурра ба таботат дар 19 (50%; $p < 0,05$) беморон ба назар расид, ки онро беҳтар гаштани нишондиҳандаҳои клиникӣ – гемодинамикӣ ҳамроҳӣ карданд: ҳангоми вайро бо маълумотҳои ибтидоӣ муқоиса намудан то ($p < 0,05$) паст шудани ФШС (то 20%) ва ФШД (то 16,3%) дида шуд; стхҳои ҳадафи ФШ танҳо дар 2 бемор (5,3%) ба даст оварда нашуд (ҷадвали 2).

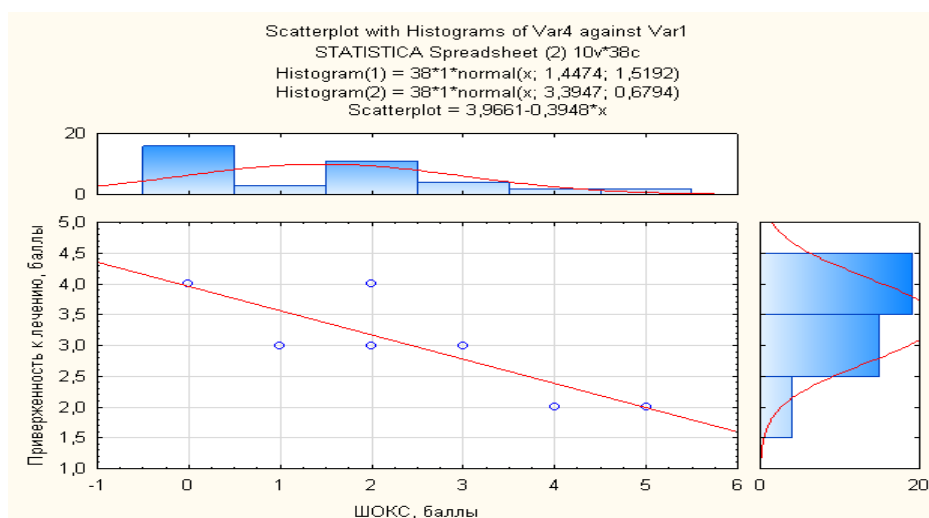
Ҷадвали 2. - Динамикаи нишондиҳандаҳои клиникӣ-гемодинамикии СХ дар беморони гирифтори НМД ва ФШ бе зухуроти ихтилолҳои депрессивӣ дар заминаи таботати стандарти.

Нишондиҳанда (M±m)	Динамикаи нишондиҳанда (n=38)		P	Динамика (Δ%)
	Ибтидоӣ	Баъди 24 ҳафта		
ФШС, мм сут. сим.	159,5±1,2	125,4±1,2	<0,001	↓ 21,4
ФШД, мм сут. сим.	98,7±0,8	82,6±0,9	<0,001	↓ 16,3
Тамоюл ба таботат, балл	2,34±0,15	3,4±0,11	<0,001	↑ 45,3
Депрессия, балл	5,74±0,24	2,95±0,27	<0,001	↓ 48,6
ТШХ, м	483,7±11,2	526,1±6,4	<0,001	↑ 8,8
СХ (MLHFQ), балл	30,3±1,4	16,2±1,3	<0,001	↓ 46,5
СФ НМД	1,68±0,1	0,95±0,08	<0,01	↓ 43,5

Эзоҳ: p – эътимоднокии ($p < 0,05$) фарқиятҳои нишондиҳандаҳо: ибтидоӣ ва дар динамика (мувофиқи T-меъёри Вилкоксон).

Паст шудани возеҳии НМД ($p < 0,05$) –ро пастшавии ШБХК (аз $3,0 \pm 0,29$ ва то $1,1 \pm 0,2$; ба андозаи 63,3%), баландшавии ТРШД (аз $483,7 \pm 11,2$ то $526,1 \pm 9,2$; $p < 0,05$), беҳтаршавии КЖ мувофиқи MLHFQ (паст шудани аҳамият аз $30,3 \pm 1,4$ то $16,2 \pm 1,3$) ҳамроҳӣ мекунад. Дар натиҷаи синфи функционалӣ (СФ) НМД то 77,8% паст шуд.

Иртиботи қавии манфии коррелятсионии тамоюл ба таботат ҳам ба ФШС ($r = -0,77427$; $p < 0,05$), ва ҳам ба СФ НМД ($r = -0,70852$) ба мушоҳида расид, ки муқоисаи инфиродии ифодаҳои тамоюл ба таботат ва СФ НМД ба шумор меравад (расми 4).



Расми 4.- Иртиботи мутақобилаи байни тамоюлноки ба таботат ва возеҳии НМД тибқи ШБХК дар ҳолати вуҷуд надоштани депрессия дар мардҳои синну соли миёна пас аз таботати стандартии НМД ($r = -0,882713$; $p < 0,05$).

Беҳтар шудани тағйироти клиникӣ-гемодинамикӣ ҳамроҳ бо индекси миқдори миокарди медачаи чап (ИМММЧ) (аз $132,8 \pm 1,5$ то $124,6 \pm 1,0$; $p < 0,01$), баланд шудани Е/А (аз $0,91 \pm 0,009$ то $1,02 \pm 0,021$; $p < 0,001$), камшавии ҒИМ ($p < 0,001$) ва зиёдшавии фраксияи партоби (ФП) меъдачаи чап ($p > 0,01$) чараён дошт (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. - Динамикаи нишондиҳандаҳои сохторӣ-функционалии дилу рағҳо дар мардҳои синну соли миёнаи гирифтори ЛНМД ва ФШ бидуни зухуроти ихтилолҳои депрессивӣ дар заминаи табобати стандартӣ.

Нишондиҳанда ($M \pm m$)	Динамикаи нишондодҳо ($n=38$)		p	Динамика $\Delta\%$
	Ибтидоӣ	Баъди 24 ҳафта		
Е/А	$0,91 \pm 0,009$	$1,02 \pm 0,021$	$< 0,001$	$\uparrow 12,1$
ИМТ, мм	$1,0 \pm 0,023$	$0,937 \pm 0,02$	$< 0,001$	$\downarrow 6,3$
ИМММЧ, г/м ²	$132,8 \pm 1,5$	$124,6 \pm 1,0$	$< 0,01$	$\downarrow 6,2$
ФП, %	$59,7 \pm 0,5$	$61,2 \pm 0,5$	$< 0,01$	$\uparrow 2,5$

Эзоҳ: p – эътимоднокии ($p < 0,05$) фарқияти нишондиҳандаҳо дар динамика (бо T-меъёри Вилкоксон).

Дар охири мушоҳидаҳо дар заминаи баланд шудани сатҳи тамоюл ба табобат ва хеле паст шудани ФШС дар 6 (15,8%) беморон, зухуроти клиникӣ НМД ошкор карда нашуд, дар 4 (10,5%) бемори дорои СФ III НМД, возеҳии НМД то як СФ паст шуда буд.

Ҳамин тавр, натиҷаҳои ба даст овардашуда нишон медиҳанд, ки табобати назоратшавандаи стандартӣ НМД ва ФШ дар мардҳои синну соли миёна ҳангоми набудани ихтилолҳои денпрессивӣ тамоюл ба табобатро хеле беҳтар ва сатҳи ФШ, возеҳии НМД ва тағйироти сохторӣ дилу рағҳоро паст месозад.

Самаранокии табобати стандартӣ НМД (бе табобати антидепрессивӣ (ТАД) дар мардҳои синну соли миёнаи бо депрессия. Дар заминаи табобати стандартӣ НМД ва табобати комплекси ФШ бе таъйин кардани антидепрессантҳо, пастшавии ($p < 0,001$) ФШС ва ФШД ба мушоҳида мерасад. Дар охири мушоҳида дар беморони ин гурӯҳ пастшавии устувори ФШД дар 7 (19,4%) –и беморон ба даст оварда нашуд.

Тамоюл ба табобат бошад ($p < 0,05$), ба баландшавии назаррасаш (то 22,6%; $p > 0,05$), нигоҳ накарда, ифодаи миёнаи вай поёнтар аз 3 балл боқӣ мемонад ва то охири табобат тамоюли пурраи табобат дар 5 (14%) беморон расид.

Дар охири мушоҳидаҳо муқаррар карда шуд, ки дар маҷмӯъ дар гурӯҳҳо пастшавии возеҳии депрессия ($p < 0,05$) дида мешавад, гарчанде сатҳи мсиёнаи он аз 7 балл баланд аст, яъне пастшавии назарраси депрессия дар муқоиса аз маълумотҳои ибтидоӣ, ба муътадилшавии нишондиҳандаҳои он мувофиқи шкалаи Гамилтон оварда нарасониданд. Зухуроти ихтилолҳои сабуки депрессивӣ дар 4 (11,1%) беморон нест шуданд, дар беморони боқимонда возеҳии депрессия то дараҷаҳои сабук ва миёнаи вазнинӣ кам шуд.

Иртиботи мутақобилаи депрессия ва тамоюл ба табобат қавӣ, манфӣ ($r = -0,75525$) буд.

Дар натиҷаи кам шудани зухуроти клиникӣ НМД мувофиқи ШБХК ва ифодаҳои миёнаи СФ НМД ($p < 0,05$), зухуроти клиникӣ НМД дар 4 (11,1%)

бемор ба таври устувор нест шуданд, кам шудани НМД то як СФ дар 10 (27,8%) беморон ба мушоҳида расид, (чадвали 4).

Чадвали 4. –Динамикаи нишондиҳандаҳои клиникӣ-гемодинамикӣ ва СХ дар беморони гирифтори НМД ва депрессия, ки табоботи антидепрессивӣ (ТАД) нагирфтаанд.

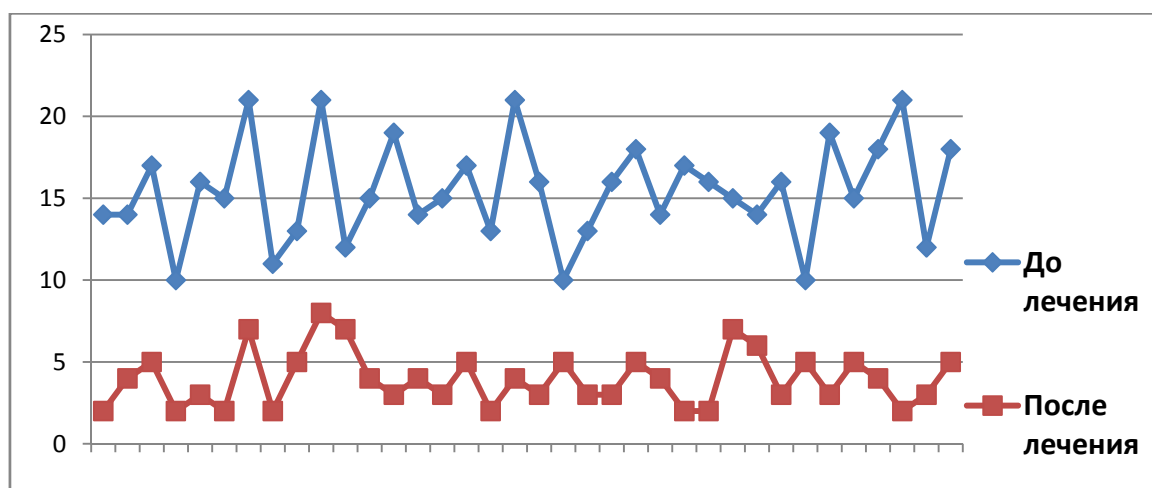
Нишондиҳанда (M±m)	Динамикаи нишондиҳандаҳо (n=36)		P	Динамика (Δ%)
	Ибтидоӣ	Баъди 24 ҳафта		
ФШС, мм сут. сим.	163,6±2,0	144,2±1,1	<0,001	↓11,9
ФШД, мм сут. сим.	101,3±0,89	86,1±0,8	<0,001	↓15
Тамоюл ба табобат, балл	1,72±0,12	2,03±0,17	>0,05	↑22,6
Депрессия, балл	15,4±0,47	10,2±0,28	<0,001	↓33,8
ШБХК, балл	4,53±0,32	2,44±0,29	<0,001	↓46,1
ТРШД, м	431,2±9,8	462,9±11,8	<0,001	↑7,3
СХ (MLHFQ), балл	37,2±3,8	30,7±2,3	>0,09	↓17,5
СФ НМД	1,83±0,11	1,31±0,12	<0,01	↓28,5
Е/А	0,85±0,016	0,903±0,017	<0,05	↑6,2
ҒИМ, мм	1,074±0,025	1,003±0,037	<0,05	↓6,9
ИМММЧ, г/м ²	136,9±1,4	131,7±1,6	<0,05	↓4,1
ФП, %	59,5±0,4	60,1±0,4	>0,05	↑1,0

Эзоҳ: p – эътимоднокии ($p < 0,05$) фарқиятҳои нишондиҳандаҳо: ибтидоӣ ва дар динамика (мувофиқи T-меъёри Вилкоксон).

Ин тағйиротҳо ҳамроҳ бо беҳтаршавии функсияи диастоликии МЧ (баландшавии Е/А ва пастшавии ИМММЧ ва ҒИМ ($p < 0,05$) сурат мегиранд. Иртиботи мутақобилаи байни депрессия ва таносуби Е/А манфӣ, муътадил (наздик ба қавӣ; $r = -0,65488$; $p < 0,05$). Иртиботи мустақим ва қавии байни депрессия ва возеҳии НМД ($r = 0,73437$; $p < 0,05$) ва ҒИМ ($r = 0,85153$) муқаррар карда шуд.

Ҳамин тавр, истифодаи муносибатҳои стандартӣ нисбат ба табоботи НМД, бидуни табоботи антидепрессивӣ, сатҳи депрессия аз меъёр зиёд боқӣ мемонад. Дар ин замина тамоюл ба табобат, новобаста ба хеле баланд будани паст ($2,28 \pm 0,18$), поёнтар аз 3 балл аст. Дар баробари ин иртиботи сахти мутақобилаи байни депрессия ва тамоюл ба табобат (манфӣ), возеҳии НМД ва ҒИМ (мустақим) дида мешавад, ки аз аҳамияти депрессия дар самаранокии нисбатан пастии табобат гувоҳӣ медиҳад. Чунин тағйиротҳои муштарак нишон медиҳанд, ки нокифоя кам шудани депрессия ҳамроҳ бо суст шудани камшавии возеҳии НМД ва осебҳои атеросклерозии рағҳо чараён мегирад.

Самаранокии табоботи стандартии НМД, яққоя бо табоботи антидепрессивӣ дар заминаи депрессия. Арзёбии самаранокии табоботи стандартии НМД дар гурӯҳи беморони дорои депрессия, ки ба таври иловагӣ табоботи антидепрессивӣ қабул кардаанд, муайян кард, ки возеҳии депрессия назар ба маълумотҳои ибтидоӣ 2,4 маротиба кам шудааст ($p < 0,05$). Қайд карда мешавад, ки сатҳи миёнаи он аз ифодаи муътадил баланд намешавад (пасттар аз 7 балл); зухуроти дараҷаи сабуки возеҳии ихтилолҳои депрессивӣ дар 8 (22,2%) боқӣ монд, дар беморони дигар онҳо то ҳадди ифодаҳои муътадил кам шуданд (расми 5).



Расми 5.- Динамикаи возехии депрессия дар заминаи таботати стандартии НМД ва ФШ сабук ва муътадил дар мардҳои синну соли миёна, ки ба таври иловагӣ таботати антидепрессивӣ гирифтаанд.

Ғайр аз ин дар заминаи таъйин кардани ТАД бар таботати стандартии комплекси НМД ва ФШ дар мардҳои синну соли миёнаи дорои депрессия ин тағйироти клиникӣ-гемодинамикба мушоҳида расид:

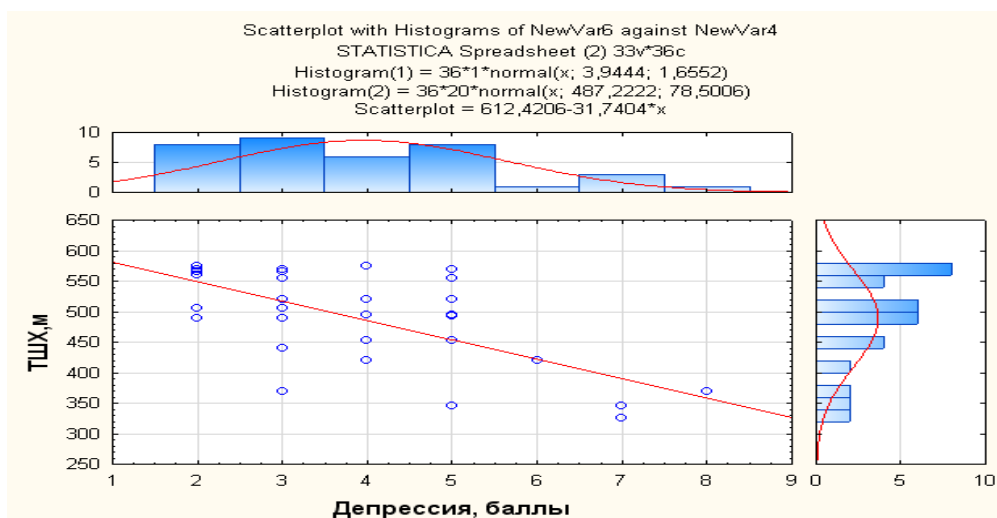
- Хеле (ба ҳисоби миёна то 72,2%) баланд шудани тамоюлноқӣ ба таботат ($p < 0,05$), гарчанде тамоюли пурра ҳамагӣ дар 15 (41,7%) беморон дида шуд;
- Паст шудани ФШС (ба ҳисоби миёна зиёда аз 25%) ва ФШД (зиёда аз 17%), эътимодноқ ҳангоми муқоиса бо маълумотҳои ибтидоӣ ($p < 0,05$); динамикаи ФШ, ки на танҳо бо паст шудани ФШ ҳангоми муқоиса кардан бо маълумотҳои ибтидоӣ, балки ба даст овардани сатҳи мақсаднок дар аксари бештари беморон низ фарқ карда меистад; сатҳи мақсадноки ФШ танҳо дар 4 бемор ба даст оварда нашуд;
- Дар заминаи таботати муштарак дар 10 (27,8%) беморони гирифтори СФ-I НМД зухуроти НМД нест шуд, возехии НМД дар 16 (16,7%) то як СФ кам шуд, возехии НМД дар беморон бо хеле паст шудани аҳамияти ШБХК (ҳангоми муқоиса кардани маълумотҳои ибтидоӣ – ба ҳисоби миёна то 58,9%), СФ НМД (то 36,5%), СХ мувофиқи MLHFQ (то 39,5%) ва баланд шудани ТРШД то 12,8% ($< 0,05$) ба назар мерасад (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5.- Динамикаи нишондиҳандаҳои клиникӣ-гемодинамикӣ дар заминаи таботати стандартии НМД дар заминаи ФШ сабук ва муътадил дар мардҳои синну соли миёна, ки ба таври иловагӣ таботати антидепрессивӣ гирифтаанд.

Нишондиҳанда ($M \pm m$)	Ибтидоӣ	баъди 24 ҳафта	p	Динамика(%)
Депрессия, балл	15,4 \pm 0,52	6,3 \pm 0,35	<0,001	↓59,1
Тамоюлноқӣ ба таботат, балл	1,8 \pm 0,12	3,3 \pm 0,11	<0,001	↑72,2
ФСШ, мм сут.сим	163,2 \pm 1,7	122,1 \pm 0,8	<0,001	↓25,2
ФДШ мм сут.сим	101,4 \pm 0,9	83,9 \pm 0,7	<0,001	↓17,3
ШБХК, балл	4,6 \pm 0,36	1,89 \pm 0,28	<0,001	↓58,9
ТШХ, м	432,1 \pm 13,8	487,2 \pm 13,1	<0,001	↑12,8
СХ (MLHFQ), балл	37,7 \pm 2,8	22,8 \pm 1,3	<0,01	↓39,5
СФ НМД	1,67 \pm 0,126	1,06 \pm 0,14	<0,001	↓36,5

Эзоҳ: p – эътимоднокии фарқияти (аз ибтидоӣ) нишондодҳо дар динамика (бо T-меъёри Вилкоксон).

Қайд кардан зарур аст, ки ҳангоми табоати омехта бо табоати анти-депрессантии НМД иртиботи манфии мутақобилаи байни депрессия ва тести шашдақиқагии роҳгардӣ (расми 6)- ба қавӣ наздик аст ($r = -0,669252$).



Расми 6.- Иртиботи мутақобилаи возеҳии депрессия ва НМД (бо тести шашдақиқагии роҳгардӣ) дар заминаи табоати стандартии НМД ва ФШ дар мардҳои синну соли миёна, ки ба таври иловагӣ табоати антидепрессивӣ гирифтаанд.

Ғайр аз ин иртиботи мутақобилаи байни депрессия ва возеҳии НМД - муътадил, яктарафа бо ШБҲК ($r = 0,60772$; $p < 0,05$) ва СҲ бо MLHFQ ($r = 0,646603$; $p < 0,05$) ва СФ НМД ($r = 0,644487$; $p < 0,05$) мебошад. Дар байни депрессия ва сатҳи ФШС ($r = 0,418333$; $p < 0,05$) бо ГИМ ($r = 0,52530$; $p < 0,05$) низ иртиботи мутақобила муътадил, мустақим аст.

Иртиботи мутақобила байни тамоюлноқӣ ба табоат ва нишондиҳандаҳо, ки возеҳии НМД-ро нишон медиҳанд- қавӣ, мустақим бо ТРШД ($r = -0,86495$); қавӣ манфӣ бо ШБҲК ($r = 0,787968$; $p < 0,05$) ва СҲ бо MLHFQ ($r = 0,729966$; $p < 0,05$).

Динамикаи мусбати нишондиҳандаҳои клиникӣ-гемодинамикӣ дар заминаи таъйин кардани ТАД ба табоати комплексии стандартии НМД ва ФШ дар мардҳои синну соли миёнаи дорои депрессия барои беҳтар шудани нишондиҳандаҳои сохтории миокард ва рағҳо бо паст шудани ИМММЧ, кам шудани ГИМ -и шарёни брахиосефалӣ ва беҳтар шудани функцияи диастоликии меъдачаи чап бо ифодаи таносуби баланди Е/А ($< 0,05$) мусоидат мекунад (ҷадвали 6).

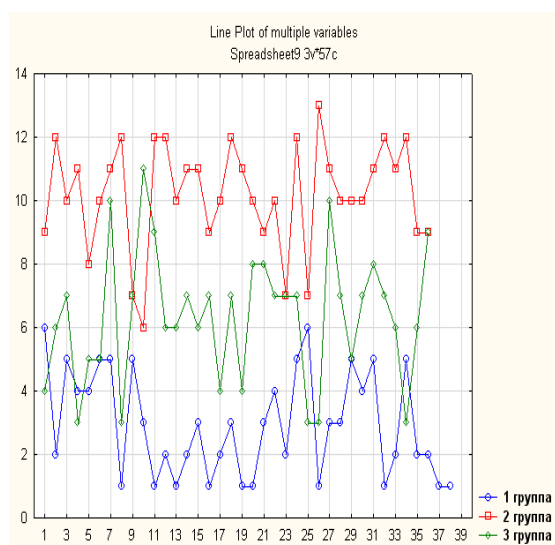
Ҷадвали 6.- Динамикаи нишондиҳандаҳои клиникӣ-гемодинамикӣ дар заминаи табоати стандартии НМД дар заминаи ФШ сабук ва муътадил дар мардҳои синну соли миёна, ки ба таври иловагӣ табоати антидепрессивӣ гирифтаанд.

Нишондиҳанда ($M \pm m$)	Ибтидоӣ	Баъди 24 ҳафта	p	Динамика (%)
Е/А	$0,856 \pm 0,02$	$0,956 \pm 0,018$	<0,01	↑11,7
ГИМ, мм	$1,075 \pm 0,023$	$0,964 \pm 0,02$	<0,001	↓10,4
ИМММЧ, г/м ²	$136,5 \pm 1,3$	$127,8 \pm 1,0$	<0,01	↓6,4
ФП, %	$59,3 \pm 0,7$	$61,1 \pm 0,5$	<0,05	↑3,0

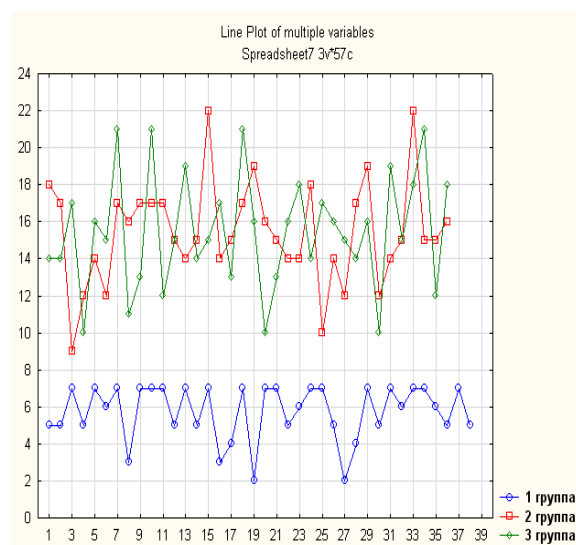
Эзоҳ: p – эътимоднокии фарқияти (аз ибтидоӣ) нишондодҳо дар динамика (бо T-меъёри Вилкоксон).

Ҳамин тавр, дар мардҳои синну соли миёнаи гирифтори НМД ва ФШ дар заминаи депрессия, таъбири стандартии антидепрессивӣ барои хеле паст шудани воҳеҳои клиникӣ ҳам депрессия ва ҳам НМД мусоидат менамояд, тамоюл ба таъбиртро зиёд мекунад, СХ бо MLHFQ-ро беҳтар мегардонад. Беҳтар шудани хосиятҳои сохторӣ-функционалии меъдаи чап (МЧ) ва рағҳоро хеле баланд шудани Е/А, паст шудани ИМММЧ ва кам шудани ҒИМ ҳамроҳӣ мекунад, ки аз самаранокии таъбири муштарак бо таъбири стандартии антидепрессантӣ (проксетин)-и НМД дар мардҳои синну соли миёнаи дорои депрессия гувоҳӣ медиҳад.

Арзёбии муқоисавии самаранокии муносибатҳои гуногуни таъбири хангоми НМД ва депрессия дар мардҳои синну соли миёна бо фишорбаландии сабук ва муътадил. Динамикаи ихтилолҳои депрессивӣ ба таври айёни дар расми 7 нишон дода шудааст.



А



Б

Расми 7.- Динамикаи воҳеҳои ихтилолҳои депрессивӣ (А – ифодаи ибтидоӣ, Б – пас аз таъбир) дар беморони гирифтори НМД ва ФШ: гурӯҳи 1 – бе депрессия (таъбири стандартӣ); гурӯҳи 2 – бо депрессия (таъбири стандартӣ); гурӯҳи 3 – бо депрессия (таъбири стандартӣ), якҷоя бо антидепрессант пароксетин).

Ҳангоми арзёбии муқоисавии самаранокии муносибатҳои гуногуни таъбири дар охири мушоҳида муқаррар карда шуд, ки хангоми вуҷуд надоштани депрессия дар бештари беморони гурӯҳи 1 дар заминаи таъбири стандартии НМД аз 3 балл баланд намешавад. Дар беморони гурӯҳи 2 (бо депрессия) таъбири стандартӣ ба хеле паст шудани ихтилолҳои ибтидоии депрессивӣ ($p > 0,05$) оварда расонид, аммо сатҳи он аз сатҳи ҷоиз хеле баланд аст.

Дар беморони гурӯҳи 3 (бо депрессия), ки пароксетин, қабул мекунанд, пастшавии сатҳи депрессияна танҳо аз нишондодҳои ибтидоӣ, балки аз беморони гурӯҳи 2 низ хеле зиёд аст.

Баъди 24 ҳафтаи таъбири стандартии НМД дар беморони гурӯҳи 1 хеле паст шудани ФШС ва ФШД назар ба ҳамин нишондодҳои гурӯҳи 2 ба назар расид ($p < 0,05$), ҳол он ки сатҳи ФШ дар беморони гурӯҳҳои 1 ва 3 (дар заминаи таъбири омехта)-муқоисашаванда ($p > 0,05$) мебошад. Ифодаи миёнаи ФШС дар гурӯҳи 2 беморони (дорои депрессия, ки ТАД нагирифтаанд) назар

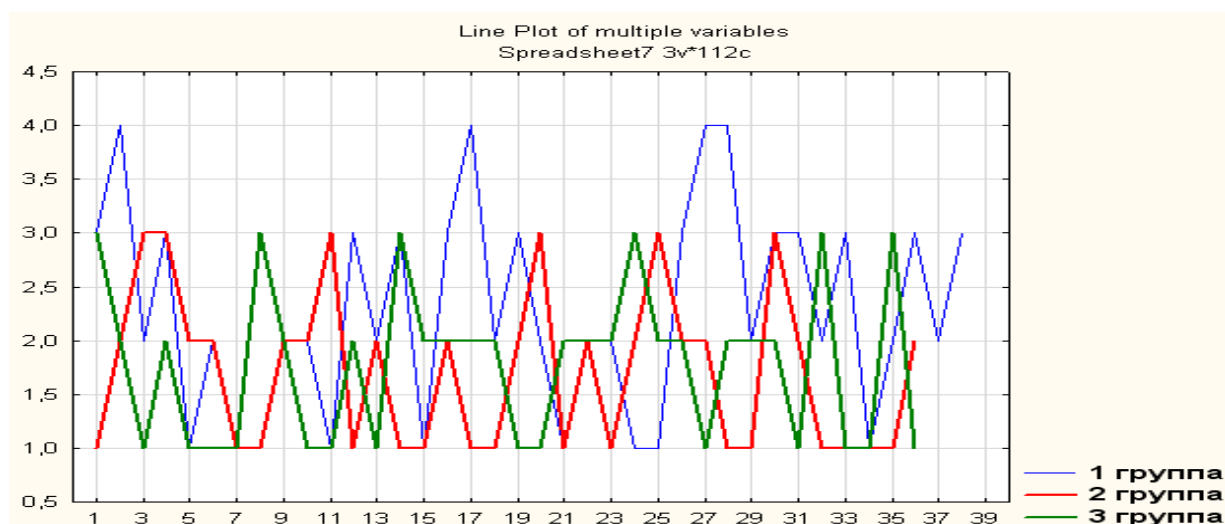
ба гурӯҳи 1 (бе депрессия) ва гурӯҳи 3 дорои депрессия, ки ТАД гирифтаанд, баланд аст (чадвали 7).

Чадвали 7. - Динамикаи нишондиҳандаҳои клиникӣ-гемодинамикӣ дар заминаи таъбаоти стандартӣ ва омехта бо таъбаоти антидепрессантии норасоии музмини дил дар беморони гурӯҳҳои муқоисашаванда

Нишондиҳанда ($M \pm m$)		Гурӯҳи беморон			p
		бе депрессия	бо депрессия		
		1 гр. (n=38)	2 гр. (n=36)	3 гр. (n=36)	
		ТС		ТС+ТАД	
Депрессия, балл	• ибтидоӣ	5,74±0,24	15,4±0,47	15,4±0,52	>0,05
	• баъди 24 ҳафта	2,95±0,27*	10,2±0,28*	6,3±0,35*	<0,0001
ФШС, мм.сут.сим	• ибтидоӣ	159,5±1,2	163,6±2,0	163,2±1,7	>0,05
	• баъди 24 ҳафта	125,4±1,2*	144,2±1,1*	122,1±0,8*	<0,001
ФШД, мм.сут.сим.	• ибтидоӣ	98,7±0,8	101,3±0,89	101,4±0,9	>0,05
	• баъди 24 ҳафта	82,6±0,9*	86,1±0,8*	83,9±0,7*	>0,05
Тамоюлноқӣ ба таъбаот, балл	• ибтидоӣ	2,34±0,15	1,72±0,12	1,8±0,12	>0,05
	• баъди 24 ҳафта	3,42±0,1*	2,03±0,17	3,3±0,11*	<0,001

Эзоҳ: ТС – таъбаоти стандартӣ; ТАД – таъбаоти антидепрессивӣ; * - эътимоднокии тафовут ($p < 0,05$) аз ифодаҳои ибтидоии нишондиҳандаҳо (мувофиқи T-меъёри Вилкоксон); p-фарқияти байни гурӯҳҳои 2 ва 3 дар заминаи таъбаоти антидепрессивӣ (мувофиқи t-меъёри Стюдент).

Тамоюлноқӣ ба таъбаот бошад, дар охири мушоҳида дар заминаи таъбаот ифодаи мутлақи миёнаи он дар беморони гурӯҳи 1 назар ба гурӯҳҳои 2 ва 3 хеле баланд аст (Расми 8) ($p < 0,001$).



Расми 8.- тамоюлноқӣ ба таъбаот дар беморони бидуни депрессия (гурӯҳи 1, баъди 24 ҳафтаи таъбаоти стандартии НМД ва ФШ) ва дорои депрессия (гурӯҳи 3, баъди 24 ҳафтаи таъбаоти стандартии якҷоя бо таъбаоти пароксетинӣ).

Дар заминаи таъбаоти антидепрессивӣ дар беморони гурӯҳи 3 ихтилолҳои депрессивӣ бартаараф карда шуданд, аммо тамоюлноқӣ дар ин гурӯҳи беморон назар ба бемороне, ки дар онҳо депрессия аз аввал вучуд надошт (гурӯҳи 1), хеле паст буд.

Бо дар назардошти иртиботи манфии қавии байни депрессия ва тамоюлноқӣ ба табобат, чунин хулоса баровардан мумкин аст, ки дар заминаи табобат ба қадри нокифоя кам шудани ихтилолҳои депрессивӣ боиси псат шудани сатҳи тамоюлноқӣ ба табобат дар гурӯҳи 2 ва вобаста аз ин баланд гаштани сатҳи ФШС ва ФШД мегардад.

Ин аз муҳим будани профилактикаи аввалияи ихтилолҳои депрессивӣ дар мардҳои синну соли миёнаи гирифтори НМД дар заминаи ФШ гувоҳӣ ва имконият медиҳад, ки бартарафсозии ихтилолҳои депрессивӣ ва баланд шудани сатҳи тпмоюлноқӣ ба табобат то дараҷаи «тамоюдноқӣ»- ҳамчун меъёри асосии самаранокии табobati НМД баррасӣ карда шавад.

Ҳангоми таҳлили динамикаи возеҳи НМД пас аз табобат дар гурӯҳҳои муқоисашванда муайян карда шуд, ки дар заминаи табobati НМД ифодаҳои пасттарини ШБҲК, СФ НМД, СҲ бо MLHFQ ва баланди – ТРШД,- дар беморони бе депрессия (гурӯҳи 1) дида мешавад; фарқиияти онҳо аз гурӯҳи 2 (бе депрессия, вале ТАД нагирифтаанд) - муҳим ($p < 0,05$) аст.

Нишондиҳандаҳои ШБҲК ва СФ НМД дар беморони гурӯҳҳои 1 ва 3 муқоисашавандаанд; фарқият – муҳим нест ($> 0,05$), аммо фосилаи ТШРД хеле пасттар аст ($p < 0,05$), СҲ бо MLHFQ бошанд – дар беморони гурӯҳи 3 назар ба гурӯҳи 1 баланд аст, ки ин аз возеҳии ками НМД дар ин гурӯҳҳои охири гувоҳӣ медиҳад.

Сатҳи таҳаммулпазирии сарбории ҷисмонӣ предикатори мустақили фавт аз ҳамаи сабабҳо ба ҳисоб меравад, баланд шудани он бошад, зиндамонӣ дар ин популятсияро зиёд мекунад, вобаста аз ин, ифодаи ками ТРШД (тести роҳгардии шашдақиқагӣ) дар мардҳои синну соли миёнаи дорои депрессияро ҳамчун предикатори пешгӯйии нохуб барои ҳаёт баррасӣ намудан мумкин аст.

Возеҳии пасти клиникии НМД дар бемороне, ки депрессия надоранд, дар заминаи табobati стандартӣ, бо ҳамин гуна аломатҳои (ифодаи ШБҲК ва СФ НМД) бемороне, ки депрессия доранду ТАД иловагӣ гирифтаанд, муқоисашаванда аст ва аз бемороне, ки депрессия доранду ТАД иловагӣ нагирифтаанд, баланд аст, ин аз аҳамияти депрессия дар устувории зухуроти НМД шаҳодат медиҳад.

Қайд кардан зарур аст, ки ба қадри нокифоя паст шудани возеҳии НМД ва баланд шудани тамоюлноқӣ ба табобат дар байни беморони синну соли миёнаи гирифтори НМД дар заминаи ФШ сабуку муътадил кам омӯхта шудааст, ки ин дар заминаи табobati муштараки стандартӣ ва антидепрессивӣ аз беҳтар шудани ҳолати психоэмотсионалӣ ва соматикӣ беморон вобаста аст. Аз ин хусус таҳлили муқоисавии динамикаи баъзе нишондиҳандаҳои гемодинамикӣ гувоҳӣ медиҳанд.

Муқаррар карда шудааст, ки беҳтар гаштани функцияи диастоликии МЧ (бо E/A) ва паст шудани ИМММЧ дар беморони гурӯҳи 1 (дар ҳолати набудани депрессия) дар муқоиса бо гурӯҳҳои 2 ва 3 муҳимтар аст ($p < 0,05$). Фраксияи партоби меъдачаи чап (ФБ МЧ) дар гурӯҳҳои муқоисашаванда қиёспазир аст ($> 0,05$). Баланд шудани E/A, паст шудани ИМММЧ ва кам шудани FIM дар беморони гурӯҳи 3 дар заминаи ТАД дар муқоиса аз гурӯҳи 2 ($p < 0,05$) муҳимтар аст.

Ба таври хулоса, қайд кардан муҳим аст, ки дар беморони гурӯҳи 2 тағйиротҳои мусбии нишондиҳандаҳои сохториву функционалии МЧ дар заминаи табobati стандартӣ камтар возеҳ аст: пасттарин ифодаи миёнаи E/A,

ифодаи баланди ИМММЧ ва ҒИМ дида шуд. Муқоисашавандагии ҒИМ дар беморони гурӯҳҳои 1 (бе депрессия) ва 3- (бо депрессия, аммо ТАД гирифта) гувоҳӣ медиҳанд, ки ТАД на танҳо ихтилолҳои депрессивиро бартаараф мекунад, балки самаранокии зиддисклерозии табоботи стандартии НМД гузаронидашударо баланд мебардорад (ҷадвали 8).

Ҷадвали 8. - Динамикаи параметрҳои гемодинамикӣ ва сохторӣ-функционалии меъдачаи чап ва рағҳо хангоми муносибатҳои гуногуни

Нишондиҳанда ($M \pm m$)	Гурӯҳи беморон			p
	бе депрессия	бо депрессия		
	гур. 1. (n=38)	гур. 2 (n=36)	гур. 3 (n=36)	
	ТС		ТС+ТАД	
ШБХК, балл	1,45±0,25	2,44±0,29*	1,89±0,28	<0,05
ТРШД, м	526,1±6,4	462,9±11,8*	487,2±13,1*	>0,05
СХ (MLHFQ), балл	16,2±1,3	30,7±2,3*	22,8±1,3*	<0,01
СФ НМД	0,95±0,08	1,31±0,12*	1,06±0,14	>0,05
Е/А	1,02±0,021	0,903±0,017 *	0,956±0,018*	<0,05
ҒИМ, мм	0,937±0,02	1,0±0,038*	0,964±0,02	<0,05
ИМММЧ, г/м ²	124,6±1,0	131,7±1,6*	127,8±1,0*	<0,05
ФП%	61,2±0,5	60,1±0,4	61,1±0,5	>0,05

Эзоҳ: ТС – табоботи стандартӣ; ТАД – табоботи антидепрессивӣ; * - эътимоднокии тафовут ($p < 0,05$) нишондиҳандаҳои мутлақ аз гурӯҳи 1 (мувофиқи U-тести Манн Уитни), p – эътимоднокии фарқияти байни гурӯҳҳои 2 ва 3 (мувофиқи t-меъёри Студент).

Ҳамин тавр, як қатор тағйиротҳои клиникӣ-гемодинамикӣ дар мардҳои синну соли миёнаи гирифтори НМД дар заминаи ФШ на танҳо аз сатҳи ФШ, балки бештар аз депрессия вобаста аст. Депрессия на танҳо ба тамоюлнокии табобат ва СХ, балки ба параметрҳои сохторӣ, ки метавонанд ҳамчун меъёрҳои иловагии интиҳоби стратегияи табобат хизмат кунанд, таъсир мерасонад. Мавҷуд будани иртиботи саҳти тамоюлноқӣ ба табобат (манфӣ) ва зиёдшавии ҒИМ (мустақим) хусусияти депрессияро ҳамчун предикатори пасти самаранокии табоботи ФШ ва НМД муайян мекунад, ки саҳди роҳи сустшавии осеби атеросклерозии дилу рағҳо мегардад.

ХУЛОСА

Натиҷаҳои асосии илмӣ диссертасия

1. Дар 87,1% -и мардҳои синну соли миёна, ки бо бемориҳои дилу рағҳо (БДР) бистарӣ шуда буданд, ФШ-и сабуку муътадил зиёдтар (50,5%) вохӯрад, ки дар бештари мавридҳо онҳоро марҳалаҳои аввали НМД (бештар СФ I ва II) ҳамроҳӣ мекунад. Синдроми ваҳм-депрессивӣ бештар дар беморони гирифтори НМД (85%) дида шуд, аммо то бистаришавӣ табоботи антидепрессивӣ дар камтар аз 10%-и беморон гузаронида шудааст [А-7, А-8, А-11, А-18].
2. Зухуроти ибтидоии клиникӣ-гемодинамикии НМД (баландшавии ИМММЧ, ҒИМ, моҳияти ШБХК, ТШХ ва пастшавии Е/А, СХ бо MLHFQ) дар заминаи депрессия назар ба набудани он возеҳтар аст ($p < 0,05$) [А-17]

3. Дар ҳолати вучуд надоштани депрессия табобати стандартии НМД ва ФШ самаранок аст: тамоюлноқӣ ба табобат меафзояд (пурра - дар 50%-и беморон), дараҷаи ФШ ва СФ НМД паст мегардад, СХ беҳтар мегардад ($p < 0,05$). Дар заминаи депрессия самаранокии табобати стандартӣ (бе фармакотерапияи депрессия) баланд нест: ба пастшавии назарраси ФШ ва СФ НМД нигоҳ накарда, динамикаи мусбии параметрҳои сохтории дилу рағҳо қобили таваҷҷуҳ нест; нокифоя кам шудани депрессия ба қадри нокифоя баланд шудани тамоюлноқӣ ба табобатро ба бор меорад ($r = -0,755249$), ки ин дар маҷмӯъ самаранокии табобатро кам мекунад [А-17]
4. Табобати стандартии НМД, муштарақ бо ТАД (табобати антидепрессивӣ) (пароксетин), возеҳии клиникаи ҳам депрессия ва ҳам НМД-ро кам мекунад ($p < 0,05$); хосиятҳои сохтории МЧ ва шарёнхоро беҳтар месозад (паст шудани ИМММЧ ва ФИМ; $p < 0,05$), ки аз самаранокии табобати НМД, аз ҷумла кам шудани осебҳои атеросклерозии шарёнҳо шаҳодат медиҳад [А-17, А-19].
5. Тамоюлноқӣ ба табобат дар беморони гирифтори депрессия, ки табобати муштарақ (бо ТАД) гирифтаанд, ба он нигоҳ накарда, ки вай дар охири мушоҳида ($p < 0,05$), назар ба беморони гирифтори НМД, ки дар инҳо дар оғоз депрессия вучуд надошт, 2 маротиба камтар аст. Мураккабии пурра ба даст овардани тамоюлноқӣ ба табобат дар мардҳои синну соли миёнаии гирифтори ФШ дар заминаи депрессия ба зарурати коркарди чорабиниҳои амалкунандаи пешгирӣ намудани на танҳо НМД, балки ихтилолҳои депрессивӣ низ эҳтиёҷ дорад [А-17, А-20].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Скрининги мунтазами сари вақт ошкор намудани ҳам НМД ва ҳам ихтилолҳои депрессивӣ, тактикаи афзалиятноки мувофиқати мардҳои синну соли миёнаи гирифтори НМД ва ФШ –и муътадил ба ҳисоб меравад.
2. Депрессияҳои муътадил ва возеҳи мардҳои синну соли миёнаи гирифтори НМД-ро дар заминаи 1-2 дараҷаи ФШ ҳамчун предикатори пастшавии СХ, тамоюлноқии кам ба табобат ва ҷараёни пешравандаи НМД баррасӣ намудан мумкин аст.
3. Якҷоя шудани зухуроти клиникаи депрессия бо тамоюлноқии кам доштан ба табобатро меъёри интихоби табобати омехта (табобати стандартӣ ва фармакотерапияи депрессия) –и НМД ва ФШ ҳисобидан мувофиқи мақсад мебошад.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

1. – М. Султанов Х.С. Лечение хронической сердечной недостаточности у больных старших возрастов с артериальной гипертонией /Х.С.Султанов, Р. Г.Сохибов, Н. А. Алимова, Т. П. Сабирова С. Тагоев// Ж. «Вестник Авиценны».- 2009.-№3.- С.72-78.
2. – М. Султанов Х.С. Течение артериальной гипертонии у мужчин среднего возраста / Х.С. Султанов, Х.Ё. Шарипова, Г.М. Негматова //Ж. «Вестник Авиценны» .- 2015.- № 1.- С. 55-60.
3. – М. Султанов Х.С. Приверженность мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной артериальной гипертонией к выполнению врачебных рекоменда-

даций / Н.А.Алимова, Х.Ё.Шарипова, Х.С. Султанов, Г.М.Негматова, Р.Г. Сохибов // Ж. «Вестник Авиценны».- 2015.- № 3- С.71-76

4. – М. Султанов Х.С. Вариабельность артериального давления и приверженность к лечению мужчин среднего возраста больных с артериальной гипертензией на фоне контролируемой терапии / Х.С. Султанов, Н.А. Алимова, Х.Ё. Шарипова // Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2015.- №3.- С. 42-49

Мақола ва фишурдаҳои маърузаҳо дар маҷмӯаҳои конференсияҳо

5. – М. Султанов Х.С. Эффективность терапии α_1 -, β_1 -, β_2 - адреноблокатором карведилом и иАПФ диротеном больных ХСН на фоне ИБС и артериальной гипертензии / Х.Ё. Шарипова, Н.А.Алимова, Х.С. Султанов // Материалы научно – практической конференции с международным участием «Вклад ТГМУ в подготовку кадров, медицинскую науку и улучшение здоровья общества», посвященная 70 – летию образования ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Душанбе -2009.- С.166-168.

6. – М. Султанов Х.С. Исследование качества жизни больных гипертонической болезнью / М. А. Хашимова, Х.С. Султанов, М. Г.Самадова //Материалы научно – практической конференции с международным участием «Вклад ТГМУ в подготовку кадров, медицинскую науку и улучшение здоровья общества» посвященная 70 – летию образования ТГМУ им Абуали ибни Сино, Душанбе - 2009.-С.150-152.

7. – М. Султанов Х.С. Лечение хронической сердечной недостаточности у больных избыточной массой тела / Х.Ё.Шарипова, Х.Х.Киёмидинов, Х.С. Султанов, А.А.Хакназарова // Материалы 59 годичной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино «Роль медицинской науки в оздоровлении общества» посвященная 20–летию Государственной независимости Республики Таджикистан. Душанбе.-2011.- С.212-214.

8. – М. Султанов Х.С. Лечение хронической сердечной недостаточности на фоне ожирения и приверженность больных / Х.Ё.Шарипова, Х.Х. Киёмидинов, Х.С.Султанов, З.С. Бобоева // Материалы 59 – ой годичной научно – практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль медицинской науки в оздоровлении общества» посвященная 20–летию Государственной независимости Республики Таджикистан. Душанбе.-2011.-С. 214-215.

9. – М. Султанов Х.С. Частота факторов риска у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне избыточной массы тела /М.Носиралиева, Х.С. Султанов //Материалы годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием «Современная медицина в Таджикистане: проблемы, достижения и перспективы развития» посвященной 90- летию профессора С.И Рахимова.- Душанбе.- 2012.- С.54.

10. – М. Султанов Х.С. Сравнительный анализ особенностей профилактики и лечения хронической сердечной недостаточности на амбулаторном и стационарном этапе / Х.С. Султанов, Х.Ё. Шарипова, Н.А.Алимова // Сборник научных статей 61 годичной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, с международным участием. «Вклад медицинских наук в практическое здравоохранение» - Душанбе, 2013.- С.308-309.

- 11.** – М. Султанов Х.С. Поражение органов-мишеней и исходы артериальной гипертонии у мужчин молодого и среднего возраста / Х.С.Султанов, Х.Ё. Шарипова, Г.М. Негматова // Материалы 62-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, «Медицинская наука и образование» посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан.- Душанбе, 2014.- С.96-98.
- 12.** – М. Султанов Х.С. Факторы риска у мужчин молодого и среднего возрастов с артериальной гипертонией / Х.Ё.Шарипова, Х.С. Султанов, Г.М. Негматова // Материалы 62-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, «Медицинская наука и образование» посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан.-2014, т. II.- С.137-139.
- 13.** – М. Султанов Х.С. Причины низкой приверженности к лечению больных артериальной гипертонией / Х.С. Султанов, Г.М. Негматова, Ф.Н. Абдуллаев, Г.А Ачева // Материалы Международной конференции Евразийской ассоциации терапевтов и научно практической конференции «Миррахимовские чтения».-Бишкек.-2015.- С.32.
- 14.** – М. Мушкилоти интихоби тактикаи табобати беморони гирифтори гипертонии шароёни / Х.Ё. Шарипова, Г.М. Негматова, Ф.Н. Абдуллаев, Х.С. Султанов // Маҷаллаи «Авҷи Зӯҳал» Душанбе 2015. №3. С.43-48.
- 15.** – М. Султанов Х.С. Приверженность больных лечению и ожидаемая эффективность терапии резистентной гипертонии / Г.А. Ачева, Х.Ё. Шарипова, Г.М. Негматова, Х.С. Султанов // IV- Международный форум кардиологов и терапевтов г. Москва 2015г. стр.27.
- 16.** – М. Султанов Х.С. Значимость эндотелиальной дисфункции у больных артериальной гипертонией разного генеза / Х.С.Султанов, А.А.Шербадалов., Г.М.Негматова., Х.Ё..Шарипова // Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, «Проблемы теории и практики современной медицины» посвященной 25-летию Государственной независимости Республики Таджикистан. Душанбе 2016- С.118-120.
- 17.** – М. Султанов Х.С. Эффективность стандартной терапии хронической сердечной недостаточности и артериальной гипертонии сочетанной с фармакотерапией депрессии у мужчин среднего возраста / Х.С. Султанов, А.А. Шербадалов, Ф.Н.Абдуллаев, Х.Ё..Шарипова, // Материалы 65-ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире» Душанбе 2017. том-1 С.358-360.
- 18.** – М. Султанов Х.С. Расстройства депрессивного ряда у мужчин среднего возраста с хронической сердечной недостаточностью на фоне артериальной гипертонии / Х.С. Султанов, Х.Ё..Шарипова, Д.М.Якубов, Д.А. Халилова, // Материалы 65-ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире» Душанбе 2017. том-1 С.360-362.
- 19.** – М. Султанов Х.С. Течение артериальной гипертонии у пациентов среднего возраста при сочетании традиционных семейных установок и маскулинных гендерных стереотипов / Г.М.Негматова, А.А.Шербадалов, Х.Ё..Шарипова, Х.С. Султанов // Мат.65-ой годичной международной научно-практической

конференции ТГМУ им Абуали ибни Сино, «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире» - Душанбе- 2017. - том-2 С.111-113.

20. – М. Султанов Х.С.: Эффективность стандартной терапии хронической сердечной недостаточности у мужчин с депрессией / Х.С. Султанов, Х.Ё. Шарипова, А.А.Шербаралов, О.С. Нуруллаев // Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино, с международным участием «Роль и место инновационных технологий в современной медицине»- Душанбе 2018.- том- I С.566-568

Рӯйхати ихтисораҳо

ФШ	– фишорбаландии шарёнӣ
ТАГ	– табобати антигипертензивӣ
ДАГ	– доруҳои антигипертензивӣ
ТАД	– табобати антидепрессивӣ
ГПЛ	– гиперлипопротеидемия
ФДШ	– фишори диастоликии шараёнӣ
ДДМЧ	– дисфункцияи диастоликии меъдачаи чап
ИМ	– инфаркти миокард
ИМММЧ	– индекси мқдори миокарди меъдачаи чап
НХ	– норасоии хунгардиш
СҲ	– сифати ҳаёт
ОУН	– осеби узвҳои нишона
ФШС	– фишори шарёнии систоликӣ
БДР	– бемориҳои дилу рағҳо
ҒИМ	– ғафсии интиа-медиа шараёни бронхосефалӣ
ХДР	– хатарии дилу рағҳо
ТРШД	– тести роғгардии шашдақиқагӣ
ФП МЧ	– фраксии партоби меъдачаи чап
СФ	– синфи функционалӣ
НМД	– норасоии музмини дил

АННОТАЦИЯ
СУЛТАНОВ ХАБИБУЛО СУВАНОВИЧ
ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ДЕПРЕССИЯ У
МУЖЧИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ

Ключевые слова: мужчины, средний возраст, артериальная гипертония, хроническая сердечная недостаточность, депрессия, антидепрессивная терапия.

Цель. Изучить частоту и клинико-гемодинамические особенности ХСН во взаимосвязи с выраженностью депрессии у мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ; оценка эффективности разных терапевтических подходов.

Методы исследования и использованная аппаратура: На первом этапе исследования у 287 мужчин среднего возраста с АГ или ХСН изучены: выраженность ХСН, проведён скрининг тревожно-депрессивных расстройств по HADS, приверженность к лечению. На втором этапе изучена эффективность разных терапевтических подходов у 110 больных с ХСН на фоне АГ. Изучено: выраженность депрессии по шкале Гамильтона, толерантность к физической нагрузке по ТШХ, КЖ- MLHFQ, проведена эхо (доплер) – кардиография. Проведён статистический анализ с помощью пакета «Statistica 6.0 и 10.0».

Полученные результаты и их новизна: результаты исследования указывают, что депрессия у мужчин среднего возраста с ХСН на фоне мягкой и умеренной АГ, является предиктором прогрессирующего течения заболевания и низкой приверженности к лечению. На фоне депрессии эффективность стандартной терапии невысокая и, несмотря на значимое снижение АД и ФК ХСН, положительная динамика структурных параметров сердца и сосудов – не значима. Недостаточное снижение депрессии, сопровождаемое недостаточным повышением приверженности к лечению ($r=-0,755249$), снижает эффективность терапии ХСН ($r=0,73437$ - между депрессией и ФК ХСН). Стандартное лечение ХСН, комбинированное с фармакотерапией депрессии, снижает клиническую выраженность, как депрессии, так и ХСН ($p<0,05$). Это, наряду со значительным снижением ИММЛЖ и ТИМ ($p<0,05$), - свидетельствует об эффективности такого терапевтического подхода, сопровождающегося снижением атеросклеротического поражения артерий. Однако, приверженность к лечению к концу наблюдения ниже, чем у больных с ХСН, у которых депрессия отсутствовала изначально, что указывает на необходимость разработки действенных мер профилактики не только ХСН, но и депрессивных расстройств у пациентки данной категории.

Рекомендации по использованию. Приоритетной тактикой ведения мужчин среднего возраста с мягкой и умеренной АГ следует считать регулярный скрининг на своевременное выявление как ХСН, так и депрессивных расстройств. Как предиктор низкой приверженности к лечению и прогрессирующего течения ХСН, можно рассматривать выраженные депрессивные расстройства. Как важный критерий эффективности фармакотерапии депрессии, целесообразно считать достижение полной приверженности к терапии.

Область применения: кардиология, внутренние болезни, неврология, психиатрия.

**АННОТАТСИЯИ
СУЛТАНОВ ҲАБИБУЛО СУВАНОВИЧ
НОРАСОИИ МУЗМИНИ ДИЛ ВА ДЕПРЕССИЯ ДАР МАРДҲОИ
МИЁНСОЛИ ГИРИФТОРИ ФИШОРБАЛАНДИИ САБУК ВА
МУХТАДИЛ: САМАРАНОКИИ МУНОСИБАТҲОИИ ТАБОБАТӢ**

Калимаҳои калидӣ: мардҳо, синну соли миёна, фишорбаландии шарёнӣ, норасоии музмини дил, депрессия, табобати антидепрессивӣ.

Мақсад. Омӯзиши басомад ва вижагиҳои клиникӣ-гемодинамикии НМД дар робита бо возеҳии депрессия дар мардҳои синну соли миёна бо ФШ сабук ва мухтадил; арзёбии самаранокии муносибатҳои гуногуни табобатӣ.

Методҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда:

Маводи воқеии марҳалаи якуми таҳқиқотро 287 мардҳои синну соли миёна, ки бинобар ФШ ё НМД бистарӣ шуда буданд, ташкил дод. Возеҳии НМД бо ёрии ШБҲК муайян карда шуд, сикрининги ихтилолҳои ваҳму депрессивӣ мувофиқи шкалаи ваҳму депрессивӣ сурат гирифт. Дар марҳалаи дуюми таҳқиқот 110 бемори гирифтори СФ I-III НМД дар заминаи ФШ мавриди таҳқиқот қарор гирифтанд, ки дар онҳо самаранокии табобати стандартӣ (гурӯҳи 1 -38 бемор бе депрессия, гурӯҳи 2- 36 бемор бо депрессияи ҳамроҳшуда) ва табобати омехтаи антидепрессантӣ (гурӯҳи 3-36 бемор бо депрессия) омӯхта шуда, динамикаи возеҳии депрессия, таҳаммулпазирии сарбории қисмонӣ, тамоюлноки ба табобат, сифати ҳаёт, нишондиҳандаҳои эхокардиография (доплер) таҳлил карда шуданд.

Натиҷаҳои бадастомада ва наwgонии онҳо: таҳлили натиҷаҳои таҳқиқот нишон медиҳанд, ки депрессия дар мардҳои синну соли миёнаи гирифтори НМД дар заминаи ва ФШ предикатори чараёни пешравандаи НМД ва тамоюлнокии паст ба табобат ба ҳисоб меравад. Дар заминаи депрессия самаранокии табобати стандартӣ баланд нест ва ба қадри нокифоя кам шудани депрессия боиси баландшавии нокофии тамоюлноки ба табобат мегардад. Табобати стандартии НМД, муштарак бо фармакотерапияи депрессия возеҳии клиникии ҳам депрессия ва ҳам НМД –ро паст мекунад ($p < 0,05$), хеле паст шудани ИМММЧ ва ҒИМ ($p < 0,05$) бошад, аз пастшавии осебҳои атеросклерозии шарёнҳо гувоҳӣ медиҳад. Аммо тамоюл доштан ба табобат назар ба беморони гирифтори НМД, ки аз аввал ихтилолҳои депрессивӣ надоранд, хеле паст аст, ин ба муҳим будани на танҳо профилактикаи НМД, балки ихтилолҳои депрессияи ин категорияи беморон низ ишора мекунад.

Тавсияҳо оид ба истифода: Тактикаи асоситарини муҳоҷибати мардҳои синну соли миёнаи гирифтори ФШ –и сабук ва мухтадил бояд скрининги мунтазам ва сари вақт ошкор намудани ҳам НМД ва ҳам ихтилолҳои депрессивӣ бошад. Ҳамчун предикатори тамоюлнокии паст ба табобат ва чараёни пешравандаи НМД ихтилолҳои депрессивиро ҳисобидан мумкин аст. Ба даст овардани тамоюлнокии пурра ба табобатро меъёри муҳими самаранокии табобати НМД, ки бо депрессия якҷоя чараён дорад, ҳисобидан мувофиқи мақсад мебошад.

Соҳаи истифода: кардиология, бемориҳои дарунӣ, неврология, психиатрия.

ANNOTATION
SULTANOV HABIBULO SUVANOVICH
CHRONIC HEART FAILURE AND DEPRESSION IN
MIDDLE-AGED MEN WITH MILD TO MODERATE ARTERIAL
HYPERTENSION: EFFICACY THERAPEUTIC APPROACH

Key words: man, average age, arterial hypertension, chronic heart failure, depression, antidepressant therapy

Purpose: to study the frequency and clinical-hemodynamic feature of CHF in relation to the severity of depression in middle-aged men with mild and moderate hypertension; evaluation of the effectiveness of different therapeutic approaches.

Research methods and equipment used: actual the material of the first stage of the study 287 middle-aged men age hospitalized with AH or CHF. The severity of CHF determined by CGS, conduct screening anxiety-depressive disorders on the Hospital anxiety and depression scale (HADS). On the second stage studied the effectiveness different therapeutic approaches 110 patients with 1-3 FC CHF on the background of AH: standard therapy (1st group-38 patients without depression, 2nd group – 36 patients with depression) and combined with antidepressant therapy (3 groups – 36 patients with depression) were studied on the analysis of dynamic of depression, tolerance to physical works, quality of the life, indicators of echocardiography (dopplerr).

The result obtained and their novelty: the result of the study indicate the depression in middle-aged man with CHF on the background of mild and moderate AH is a predictor of progressive current disease and low adherence to treatment. Again the background of depression efficiency standard therapy (without pharmacotherapy depression) low and despite a significant disease in blood pressure and FC CHF. Standard treatment of CHF combined with pharmacotherapy of depression, reduces clinical severity, such as depression, such CHF ($p=0,05$) but significant decrease LVMMI and TIM ($p<0,05$),-evidence of reduction of atherosclerotic lesions artery. However, at the same time, adherence to treatment to end observations significantly lower than in patients with CHF, which depression was absent initially, this points to the need to develop effective measures prevention of not only CHF, but also depressive in this category of patients.

Recommendations for non-use. Priority management tactics middle-aged men with mild and moderate AH should be considered regular screening for timely detection of both CHF and depressive disorder. As a predictor of low adherence to treatment and the progressive course of CHF, can be considered moderate severe depressive disorders. As an important criterion efficiencies pharmacotherapies depressions, advisable consider achieving adherence to therapy.

Scope: cardiology, internal diseases, neurology, psychiatry.