© АНТОНЫШЕВА О.В., 2013

# НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ СОБЫТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ТРЕВОГИ, ДЕПРЕССИИ И КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

**АНТОНЫШЕВА О.В.**

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

**Резюме.**
Обследован 201 пациент с артериальной гипертензией II степени. Определены уровни депрессии, реактивной и личностной тревоги, когнитивные нарушения. Выявлено, что уровень депрессии более 11 баллов, повышенный уровень реактивной и личностной тревожности, наличие легких когнитивных нарушений приводят к увеличению случаев нестабильных стенокардий, вызовов скорой медицинской помощи, госпитализаций, гипертонических кризов.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, тревога, депрессия, когнитивные нарушения.

**Abstract.**
The study included 201 patients with hypertension of the 2nd degree. The levels of depression, reactive and personal anxiety, cognitive disturbances were determined. The rate of depression of more than 11 points, elevated levels of reactive and personal anxiety, presence of mild cognitive disturbances were found to lead to an increase in cases of unstable angina pectoris, emergency calls, hospitalizations, hypertensive crises.

Key words: hypertension, anxiety, depression, cognitive disturbances.

Артериальная гипертензия (АГ) – одно из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. АГ часто приводит к развитию сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, мозговой инсульт), инвалидности и смертности. Возникают значительные экономические потери в связи с временной и стойкой нетрудоспособностью, что демонстрирует актуальность проблемы совершенствования методов лечения, профилактики АГ и прогнозирования неблагоприятных событий [1, 2].

Депрессивные, тревожные состояния отмечаются у 52% пациентов с АГ, выраженные депрессивные состояния – у 28% пациентов с АГ, клинически значимые симптомы тревоги – у 33% пациентов с АГ [3, 4].

Значительный рост депрессивных состояний существенно влияет на уровень социальной адаптации, качество жизни людей. Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями и депрессивными расстройствами плохо выполняют врачебные рекомендации по соблюдению режима питания, физической активности, лекарственной терапии. У них затруднено проведение реабилитационных мероприятий [5, 6].

АГ является независимым фактором риска развития когнитивных нарушений во всех возрастных группах. У людей, длительно страдающих АГ, когнитивные нарушения и деменция развиваются чаще, чем у лиц с нормальным АД. Если пациент с АГ переносит инсульт, вероятность развития у него деменции в течение года составляет 20-30%. Прогрессирующее нарастание когнитивных расстройств у пациентов с АГ приводит к снижению профессиональных навыков, способности к самообслуживанию, а в последующем – к полной социальной дезадаптации [7, 8].

Однако остается недостаточно ясным, какие уровни тревоги и депрессии, степень когнитивных нарушений достоверно ассоциированы с повышением частоты неблагоприятных событий. Не определено, насколько увеличивается риск развития неблагоприятных событий у пациентов с АГ с повышенным уровнем тревоги и депрессии, наличием когнитивных нарушений и какие неблагоприятные события можно прогнозировать.

Цель – определить частоту неблагоприятных событий у пациентов с АГ II степени с учетом уровня тревоги, депрессии, когнитивных нарушений.

## Методы

Обследован 201 пациент с артериальной гипертензией II степени, которые находились в стационаре по поводу гипертонического криза. Диагноз АГ устанавливался на основании клинического обследования больных и исключения симптоматических артериальных гипертензий. Степень АГ и риск развития осложнений определяли на основании Национальных рекомендаций РБ 2010 г.

Средний возраст составил 54,6±7,8 года. Мужчин было 87 (43,3%), женщин - 114 (56,7%). Продолжительность артериальной гипертензии составила 10,4±9 лет. У 10 человек была язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки вне обострения, у 5 человек – ХОБЛ вне обострения, у 16 - хронический пиелонефрит вне обострения, у 48 пациентов - стабильная стенокардия напряжения ФК I-II, у 21 – сахарный диабет 2 типа, у 77 человек зарегистрирована хроническая сердечная недостаточность I-II функционального класса.

Критериями исключения были: сердечная недостаточность III–IV функционального класса, постоянная форма фибрилляции предсердий, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, симптоматические артериальные гипертензии, острые инфекционные заболевания.

Антигипертензивная терапия включала: эналаприл 20-40 мг/сут или лизиноприл 10-20 мг/сут, метопролол 25-100 мг/сут или бисопролол 5-10 мг/сут, гидрохлортиазид 25 мг/сут, амлодипин 10 мг/сут. Монотерапия была назначена 96 пациентам с АГ (эналаприл - 63 пациентам, лизиноприл - 4, амлодипин – 3, метопролол – 22, бисопролол - 4); комбинация из 2-х препаратов была назначена 66 пациентам (метопролол + гидрохлортиазид – 12 пациентам, эналаприл + гидрохлортиазид - 16, лизиноприл + гидрохлортиазид - 3, метопролол + амлодипин - 1, эналаприл + амлодипин - 1, эналаприл + метопролол - 26, лизиноприл + метопролол - 4); комбинация из 3-х препаратов была назначена 39 пациентам (эналаприл + метопролол + гидрохлортиазид – 24 пациентам, эналаприл + амлодипин + гидрохлортиазид - 5, метопролол + амлодипин + гидрохлортиазид - 4, метопролол + лизиноприл + гидрохлортиазид - 4, лизиноприл + амлодипин + гидрохлортиазид - 2).

Контрольная группа состояла из 31 здорового человека. При клиническом обследовании, по данным ЭКГ, рентгеноскопии грудной клетки, ультразвуковом обследовании патологии сердечно-сосудистой системы не обнаружено. Средний возраст составил 52±8,2 года. Мужчин было 11 (35 %), женщин – 20 (65 %). По возрастному и половому составу достоверных отличий не было. У 4 человек был хронический гастрит, у 1 – язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения.

Характерологические особенности личности оценивали по опроснику Мини-Мульт (в адаптации Ф.Б. Березина и М.П. Мирошникова). Тест включает три оценочные шкалы: шкала L (лжи), шкала F (достоверности), шкала К (коррекции). И 8 клинических шкал, с помощью которых оцениваются следующие тенденции в структуре нормальной или патологической личности: ипохондрические (1), депрессивные (2), истерические (3), уровень социальной адаптации (4), паранойяльные (6), психастенические (7), шизоидные (8), гипоманиакальные (9). Результат 70 баллов считается верхней границей нормальных пределов колебаний; высокими оценками по всем шкалам, после построения профиля личности, являются оценки, превышающие 70; низкими оценками считаются оценки ниже 40.

Уровень депрессии определяли с помощью опросника Бэка. Результаты оценивали следующим образом: сумма баллов меньше 11 - отсутствие депрессии; 11-18 баллов - субклиническая депрессия; 19-25 баллов - депрессия легкой степени тяжести; 26-30 баллов - умеренно выраженная депрессия; более 30 баллов – тяжелая депрессия.

Уровень реактивной и личностной тревожности определяли с помощью опросника Спилбергера. До 30 баллов – низкая тревожность, 30-45 баллов – умеренная, 46 и выше – высокая тревожность. Минимум – 20 баллов, максимум – 80.

Кратковременную (оперативную) память оценивали по количеству правильно воспроизведенных чисел. Высокий уровень – 8-10 единиц, средний уровень – 6-7 единиц, низкий уровень – 1-5 единиц.

Методика «Таблицы Шульте» использовалась для определения концентрации и устойчивости внимания. Испытуемому предъявляли поочередно 5 таблиц, на которых в произвольном порядке расположены числа от 1 до 25. Предлагалось назвать все числа по порядку от 1 до 25 в порядке их возрастания как можно быстрее и без ошибок. С началом выполнения задания включали секундомер. Проба повторялась с пятью разными таблицами.

В норме выполнение задания занимает не более 45 секунд. При увеличении времени выполнения задания более 90 секунд нарушение внимания считают значительным, при выполнении задания за 67 – 90 секунд - умеренным, за 46 – 66 секунд – не резко выраженным.

Для исследования концентрации внимания использовали методику обратного счета. При числе ошибок 2-3 отмечали нерезкое нарушение внимания, 4-7 ошибок – умеренное нарушение, более 7 – значительное нарушение концентрации внимания.

Пациенты обследовались в 1-2 день поступления в стационар и перед выпиской (7-12 день).

Оценка отдаленных результатов. Проанализировано количество инфарктов миокарда, инсультов, нестабильной стенокардии, нарушений ритма, гипертонических кризов, летальных исходов. Оценено количество вызовов скорой помощи, госпитализаций и дневных стационаров. Средний срок наблюдения составил 5,5±0,7 года.

Результаты обработаны с помощью пакета статистических программ "Statistica 6.0". Использовали непараметрические методы статистики (корреляционный анализ по Спирмену, таблицы сопряженности). Результаты представлены в виде среднего значения (M) ± стандартное отклонение (SD).

## Результаты и обсуждение

В контрольной группе среднее значение систолического артериального давления было 116±5,7 мм рт. ст., диастолического артериального давления – 75,6±5,2 мм рт. ст.

По шкале Бека средний уровень депрессии был 3,06±3,3 балла. Все обследуемые не имели депрессии.

Частота встречаемости различных уровней реактивной и личностной тревожности представлена в таблице 1.

Объем оперативной памяти в контрольной группе составил 5,1±1,1 единиц. При оценке концентрации внимания по методике обратного счета число ошибок было 0,8±0,8. Время выполнения теста «Таблицы Шульте» в среднем составило 36,2±4,3 с.

За 5,5±0,7 года событий, свидетельствующих о поражении сердечно-сосудистой системы, летальных исходов у здоровых не наблюдалось.

В начале обследования в основной группе пациентов с АГ среднее значение систолического артериального давления было 167,5±2,0 мм рт. ст., диастолического артериального давления - 97,3±0,95 мм рт. ст., частоты сердечных сокращений – 78,6±0,8 уд. в мин. На фоне лечения уровень систолического артериального давления снизился до 134,8±0,3 мм

Таблица 1 – Частота встречаемости различных уровней реактивной и личностной тревожности у здоровых

| Показатели | Реактивная тревожность | | | Личностная тревожность | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | низкая | умеренная | высокая | низкая | умеренная | высокая |
| К-во (%) | 7 (22%) | 21 (68%) | 3 (10%) | 4 (13%) | 22 (71%) | 5 (16%) |
| Баллы | 26,2±2,6 | 37,2±4,4 | 46,6±0,5 | 25,5±1,2 | 38,3±4,1 | 53,2±11,9 |

рт. ст., диастолического – до 84,6±0,2 мм рт. ст., при отсутствии изменений ЧСС (77,3±0,8 уд. в мин). К концу пребывания в стационаре у 162 (81%) пациентов были достигнуты целевые цифры АД, у 38 (19%) пациентов достигнуто снижение АД, но не до целевых цифр. На периодические головные боли жаловались 125 пациентов, 87 пациентов отмечали головокружение, 12 – шум в голове, 55 – боли в сердце. Проведенное лечение сопровождалось улучшением самочувствия, уменьшением головных болей, болей в области сердца.

По шкале Бека 167 (83%) пациентов не имели депрессии. У 28 (14%) пациентов выявлена субклиническая депрессия, у 6 (3%) человек имела место депрессия легкой степени. Выявлено, что при увеличении возраста пациентов уровень депрессии увеличивается ($r = 0,44$; $p < 0,05$). Между длительностью артериальной гипертензии и уровнем депрессии выявлена средняя корреляция ($r=0,55$; $p<0,05$). Чем выше уровень диастолического АД, тем выше уровень депрессии ($r=0,28$; $p<0,05$).

Частота встречаемости субклинической депрессии и депрессии легкой степени достоверно выше у пациентов с АГ, чем у здоровых ($p<0,05$).

Частота встречаемости различных уровней реактивной и личностной тревожности представлена в таблице 2.

Между длительностью артериальной гипертензией и РТ и ЛТ выявлена низкая корреляция ($r=0,26$; $r=0,27$ соответственно, $p<0,05$).

При увеличении уровня реактивной тревожности отмечается увеличение уровня депрессии ($r=0,56$; $p<0,05$), при увеличении уровня личностной тревожности также отмечается увеличение уровня депрессии ($r=0,59$; $p<0,05$).

Уровень реактивной и личностной тревожности был достоверно выше у пациентов с АГ, чем у здоровых лиц ($p<0,05$). Частота встречаемости низкого уровня реактивной тревожности достоверно выше у здоровых лиц ($p<0,05$), частота встречаемости высокого уровня реактивной тревожности достоверно ниже у здоровых лиц ($p<0,05$) Частота встречаемости высокого уровня личностной тревожности достоверно выше у пациентов с АГ ($p<0,05$).

Усредненный профиль личности пациентов с артериальной гипертензией, по опроснику Мини-Мульт, характеризовался повышением по 1-й, 2-й и 3-й шкалам (шкалы ипохондрии, депрессии и истерии) и снижением по 4-й шкале (уровень социальной адаптации), что достоверно отличается от контрольной группы ($p<0,05$). Повышение баллов выше 70 отмечалось по шкале ипохондрии у 33 (16,5%) пациентов, по шкале депрессии - у 17 (8,5%) пациентов, по шкале истерии - у 31 (15,5%) пациентов (рис. 1).

У 102 пациентов с артериальной гипертензией изучены когнитивные функции.

Объем оперативной памяти у пациентов с АГ до лечения в среднем составил 3,8±1,4 единиц. Низкий уровень был у 88 (86%) пациентов, средний уровень – у 13 (13%) пациентов, высокий – у 1 (1%). После проведения гипотензивной терапии объем оперативной памяти увеличился и составил 4,15±1,3 единицы ($p<0,05$).

При оценке концентрации внимания по методике обратного счета число ошибок у пациентов с АГ до лечения было 2,3±1,4. 29 (28%) пациентов задание выполняли без ошибок, у 45 (44%) пациентов выявлено нерезкое нарушение концентрации внимания, у 28 (27,5%) пациентов – умеренное нарушение. Перед выпиской из стационара наблюдалось уменьшение числа ошибок до 1,28±1,3, что достоверно

Таблица 2 – Частота встречаемости различных уровней реактивной и личностной тревожности у пациентов с артериальной гипертензией

| Показатели | Реактивная тревожность | | | Личностная тревожность | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | низкая | умеренная | высокая | низкая | умеренная | высокая |
| Количество человек (%) | 17 (8,5%) | 96 (48%) | 87 (43,5%) | 6 (3%) | 83 (41,5%) | 111 (55,5%) |
| Баллы | 26,5±2,1 | 38,1±4,6 | 53,9±6,6 | 28±1,2 | 39,9±4,1 | 54,8±7,1 |

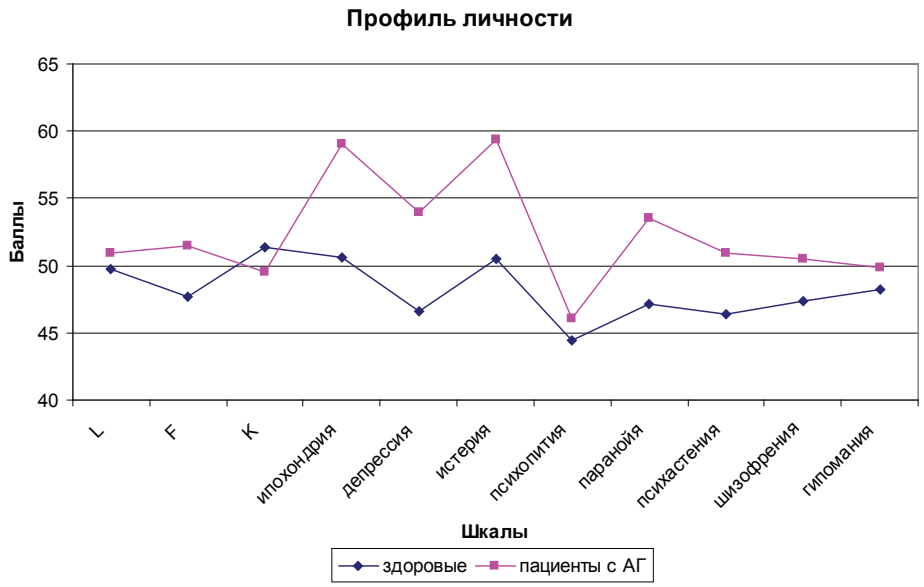


Рисунок 1 – Профиль личности пациентов с АГ и здоровых.

отличается от исходных данных (p<0,05).

При оценке устойчивости внимания по методике «Таблицы Шульте» обнаружено, что пациенты с АГ до лечения выполняли тест в среднем за 47,2±9,4 секунд. После проведенной терапии время выполнения теста уменьшилось и составило 44,6±8,3 секунды (p<0,05).

Данные тестов представлены в таблице 3.

Отдаленные результаты оценены у 193 пациентов с артериальной гипертензией. В течение 5,5±0,7 года зарегистрировано 16 инсультов, 18 инфарктов миокарда, 104 случая нестабильной стенокардии, 119 случаев нарушения ритма, 345 гипертонических криза, 21 летальный исход (12 из них от заболеваний сердечно-сосудистой системы), 485 вызовов скорой помощи, 364 госпитализации, 140 случаев лечения в дневном стационаре. Всего зафиксировано 1610 событий.

При сравнении отдаленных результатов у пациентов с АГ с разным уровнем депрессии по шкале Бека оказалось, что при уровне депрессии 11 и более баллов увеличивается количество нестабильных стенокардий, вызовов скорой медицинской помощи, госпитализаций и суммарное количество событий (табл. 4).

Таблица 3 – Показатели когнитивных функций у здоровых и изменение когнитивных функций у пациентов с АГ в процессе антигипертензивной терапии

| Название теста | Контрольная группа | Пациенты с АГ при поступлении | Пациенты с АГ перед выпиской |
|---|---|---|---|
| Объем оперативной памяти (количество цифр) | 5,1±1,1 | 3,8±1,4* | 4,1±1,3** |
| Методика обратного счета (число ошибок) | 0,8±0,8 | 2,3±1.4* | 1,2±1,3 |
| Таблицы Шульте (время, сек) | 36,2±4,3 | 47,2±9,4* | 44,6±8,3** |

Примечание: * - p<0,05 достоверные отличия между контрольной группой и пациентами с АГ при поступлении; ** - p<0,05 достоверные отличия между контрольной группой и пациентами с АГ перед выпиской.

Таблица 4 – Отдаленные результаты у пациентов с артериальной гипертензией при разных уровнях депрессии

| Отдаленные результаты | К-во событий у пациентов с АГ с уровнем депрессии до 11 баллов (n=159) | К-во событий у пациентов с АГ с уровнем депрессии 11 и более баллов (n=34) |
|---|---|---|
| Инсульты | 12 | 4 |
| Инфаркты | 14 | 4 |
| Нестабильная стенокардия | 65 | 39* |
| Нарушения ритма | 95 | 24 |
| Летальные исходы | 10 | 2 |
| Гипертонические кризы | 275 | 70 |
| Вызова скорой помощи | 364 | 121* |
| Госпитализации | 257 | 107* |
| Дневные стационары | 106 | 35 |
| Общее число событий | 1199 | 411* |

Примечание: * - p<0,05 достоверные отличия между группами.

При увеличении баллов более 70 по шкале депрессии теста Мини-Мульт отмечается увеличение случаев нестабильной стенокардии, случаев лечения в дневном стационаре, общего количества событий (p<0,05).

При сравнении отдаленных результатов у пациентов с АГ с разным уровнем реактивной тревожности выявлено, что с увеличением уровня реактивной тревожности возрастает количество гипертонических кризов, случаев лечения в дневном стационаре (табл. 5).

При сравнении отдаленных результатов у пациентов с АГ с разным уровнем личностной тревожности выявлено, что при высоком уровне ЛТ увеличивается количество гипертонических кризов (p<0,05). При увеличении баллов более 70 по шкалам истерии и ипохондрии возрастает количество гипертонических кризов и случаев лечения в дневном стационаре (p<0,05).

У пациентов с АГ и уровнем депрессии 11 и более баллов в сочетании с высоким уров-

Таблица 5 – Отдаленные результаты у пациентов с артериальной гипертензией при разных уровнях реактивной тревожности

| Отдаленные результаты | К-во событий у пациентов с АГ с низкой РТ (n=16) | К-во событий у пациентов с АГ с умеренной РТ (n=90) | К-во событий у пациентов с АГ с высокой РТ (n=87) |
|---|---|---|---|
| Инсульты | 1 | 11 | 4 |
| Инфаркты | 0 | 13 | 5 |
| Нестабильная стенокардия | 6 | 56 | 42 |
| Нарушения ритма | 9 | 71 | 39 |
| Летальные исходы | 0 | 5 | 7 |
| Гипертонические кризы | 13 | 128 | 204** |
| Вызова скорой помощи | 25 | 234 | 226 |
| Госпитализации | 24 | 188 | 152 |
| Дневные стационары | 10 | 47 | 83* |
| Общее число событий | 88 | 759 | 763 |

Примечание: * - p<0,05 достоверные отличия между группами с высокой и умеренной РТ; ** - p<0,05 достоверные отличия между группами с высокой и низкой реактивной тревожностью (РТ), с высокой и умеренной реактивной тревожностью.

нем как реактивной, так и личностной тревоги (46 и более баллов) достоверно возрастает количество нестабильных стенокардий, вызовов скорой медицинской помощи, госпитализаций и суммарное количество событий (табл. 6).

Для оценки отдаленных событий с учетом когнитивных нарушений пациенты с АГ были разделены на 2 группы. В 1-ю группу были включены пациенты без когнитивных нарушений (n=26), во 2-ю группу – пациенты с умеренными когнитивными нарушениями (n=73). Во второй группе отмечалось увеличение случаев нестабильной стенокардии, нарушений ритма, госпитализаций, вызовов скорой помощи и суммарного количества событий (табл. 7).

У пациентов с АГ и уровнем депрессии 11 и более баллов в сочетании с высоким уровнем как реактивной, так и личностной тревоги (46 и более баллов) и наличием умеренных когнитивных нарушений достоверно возрастает количество нестабильных стенокардий, вызовов скорой медицинской помощи, госпитализаций и суммарное количество событий (p<0,05).

Полученные данные демонстрируют достоверное повышение частоты неблагоприятных событий у больных АГ II степени при повышении уровня реактивной и личностной тревоги, уровня депрессии и наличии умеренных когнитивных нарушений.

По-видимому, рационально использовать эти показатели в оценке прогнозов разви-

Таблица 6 – Отдаленные результаты у пациентов с АГ с уровнем депрессии 11 и более баллов и высоким уровне реактивной и личностной тревоги

| Отдаленные результаты | К-во событий у пациентов с АГ с уровнем депрессии < 11 баллов, РТ<46 баллов, ЛТ<46 баллов (n=163) | К-во событий у пациентов с АГ с уровнем депрессии 11 и более баллов, РТ - 46 и более баллов, ЛТ - 46 и более баллов (n=30) |
|---|---|---|
| Инсульты | 14 | 2 |
| Инфаркты | 15 | 3 |
| Нестабильная стенокардия | 38 | 66* |
| Нарушения ритма | 102 | 17 |
| Летальные исходы | 10 | 2 |
| Гипертонические кризы | 279 | 66 |
| Вызова скорой помощи | 376 | 109* |
| Госпитализации | 271 | 93* |
| Дневные стационары | 110 | 30 |
| Общее число событий | 1247 | 363* |

Таблица 7 – Отдаленные результаты у пациентов с АГ с учетом когнитивных функций

| Отдаленные результаты | 1-я группа (n=26) | 2-я группа (n=73) |
|---|---|---|
| Инсульты + инфаркты | 1 | 16 |
| Нестабильная стенокардия | 6 | 71* |
| Нарушения ритма | 9 | 62* |
| Летальные исходы | 0 | 4 |
| Гипертонические кризы | 38 | 96 |
| Вызова скорой помощи | 44 | 216* |
| Госпитализации | 24 | 202* |
| Дневные стационары | 18 | 36 |
| Общее число событий | 140 | 704* |

Примечание: * - p<0,05 достоверные отличия между группами.

тия неблагоприятных событий у этой группы больных. Эти данные указывают на рациональность коррекции имеющихся нарушений как, возможно, еще один подход в снижении повреждений жизненно важных органов при артериальной гипертензии.

## Заключение

1. У пациентов с АГ II степени частота встречаемости субклинической депрессии и депрессии легкой степени, уровень реактивной и личностной тревожности достоверно выше, чем у здоровых ($p<0,05$). По данным теста Мини-Мульт усредненный профиль личности пациентов с АГ II степени характеризуется повышением баллов по шкалам ипохондрии, депрессии и истерии по сравнению с показателями у здоровых лиц ($p<0,05$).

2. У пациентов с АГ II степени во время гипертонического криза объем оперативной памяти и концентрация внимания были достоверно ниже, чем у здоровых ($p<0,05$).

После купирования гипертонического криза показатели оперативной памяти и концентрации внимания улучшаются ($p<0,05$), но остаются ниже, чем у здоровых людей ($p<0,05$).

3. Определено, что у пациентов с АГ II степени при уровне депрессии 11 и более баллов по шкале Бека возрастает количество нестабильных стенокардий, вызовов скорой медицинской помощи, госпитализаций и суммарное количество неблагоприятных событий. Повышение уровня реактивной тревожности сопровождается увеличением количества гипертонических кризов, вызовов скорой помощи, случаев лечения в дневном стационаре, суммарного количества неблагоприятных событий. При высоком уровне ЛТ достоверно увеличивается количество гипертонических кризов, случаев нарушения ритма. При наличии когнитивных нарушений возрастает количество случаев нестабильной стенокардии, нарушений ритма, госпитализаций, вызовов скорой помощи и суммарного количества событий.

## Литература


1. Шевченко, О.П. Артериальная гипертония и церебральный инсульт / О.П. Шевченко [и др.] - М. 2001. - 192 с.
2. Парфенов, В.А. Лечение когнитивных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией / В.А. Парфенов, Ю.А. Старчина // Фарматека. – 2006. - № 5. – С. 88-92.
3. Погосова, Г.В. Клинико-эпидемиологические характеристики пациентов пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, коморбидными с депрессивными расстройствами (по результатам многоцентрового проспективного исследования КООРДИНАТА) / Г.В. Погосова, Л.В. Ромасенко // Тер. архив. - 2007. - № 10. - С. 79-82.
4. Чазов, Е.И. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования / Е.И. Чазов [и др.] // Кардиология. - 2005. - № 11. - С. 4-10.
5. Погосова, Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти / Г.В. Погосова // Кардиология. - 2002. - № 4. - С. 86-91.
6. Оганов, Р.Г. Депрессия и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов [и др.] // Кардиология. - 2004. - № 1. - С. 48-54.
7. Гуревич, М.А. Артериальная гипертензия, когнитивные расстройства и мозговой инсульт: особенности терапии / М.А. Гуревич // Фарматека. – 2006. - № 8. – С. 43-47.
8. Хронические расстройства мозгового кровообращения / П.Р.Камчатнов [ и др.] // Рос. мед. журнал. - 2008. - № 5. - С. 44-48.


*Поступила 10.09.2013 г.*
*Принята в печать 06.12.2013 г.*

**Сведения об авторах:**
Антонышева О.В. – ассистент кафедры факультетской терапии УО «ВГМУ».

**Адрес для корреспонденции:** 210026, г. Витебск, ул. Кутузова, 21-1. Тел.моб.: +375 (29) 136-49-19 – Антонышева Ольга Владимировна.