

## ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ ПРЕПАРАТОМ ПИРЛИНДОЛ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Е. В. ГРИЩЕНКО, докт. мед. наук Е. А. НАУМОВА, проф. Ю. Г. ШВАРЦ

### THE INFLUENCE OF THERAPY FOR DEPRESSION WITH PIRLINTOL ON THE ATTRACTION OF CARDIOLOGIC PATIENTS TO PROLONGED TREATMENT

E. V. GRISCHENKO, E. A. NAUMOVA, Yu. G. SCHWARZ

*Саратовский государственный медицинский университет,  
Российская Федерация*

**Изучено влияние терапии пирлиндолом на приверженность к лечению кардиологических больных с депрессией. Показан низкий комплаенс пациентов в отношении антидепрессантов.**

*Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, депрессия, приверженность к лечению, лечение антидепрессантами.*

**The influence of therapy with Pirlintol on the attraction of cardiologic patients with depression to treatment was investigated. Low compliance of the patients in case of antidepressants administration is shown.**

*Key words: cardiovascular diseases, depression, attraction to treatment, treatment with antidepressants.*

Низкая степень выполнения врачебных рекомендаций приводит к существенному ухудшению течения заболевания, повышению затрат на лечение и смертности. Однако, несмотря на значительное количество работ, обращенных к этой теме, наличие разработанных ВОЗ обширных рекомендаций [1], проблема недостаточной приверженности пациентов к лечению остается крайне острой. На сегодняшний день очень мало эффективных вмешательств, повышающих комплаенс пациента, более эффективные вмешательства носят сложный, комбинированный характер и связаны во многом с активной позицией врача (регулярные звонки пациентам, дополнительные советы, обучение пациента и вовлечение в лечебный процесс его семьи), что весьма трудоемко и затруднительно на практике [2]. В связи с этим фармакотерапию депрессии, усугубляющую и без того низкий комплаенс пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС), можно рассматривать как относительно доступное вмешательство, направленное на повышение приверженности к терапии кардиологическими препаратами.

Отрицательное влияние депрессии на прогноз, качество жизни пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, равно как и на их приверженность к лечению, известно [3–5]. Причем, как правило, у больных ИБС наблюдаются скрытые, маскированные депрессии с возможным полным отсутствием характерных для «типичной» депрессии суицидальных мыслей или намерений. Больные могут даже не предъявлять

собственно депрессивных жалоб, таких как подавленное настроение, утрата интересов или чувства удовольствия, а «масками» депрессии чаще всего служат различные нарушения сна (трудность засыпания, раннее пробуждение или повышенная сонливость), нарушения (выраженное снижение или повышение) аппетита, изменения массы тела, повышенная утомляемость и раздражительность, пониженная активность и работоспособность, хронический болевой синдром различной локализации (чаще всего кардиалгии, головные боли, боли в спине), вегетативные расстройства (в виде приступов сердцебиения, одышки, головокружения и пр.), нарушения в сексуальной сфере. У части больных наблюдаются сниженная самооценка, трудности концентрации внимания и принятия решений, ощущение собственной бесполезности [3, 6, 7]. Воспринимая все перечисленные симптомы как проявления основного соматического страдания, пациенты и не подозревают о наличии у них депрессии, ее тяжести и, естественно, осознают влияния депрессивного расстройства на мировосприятие в целом и на отношение к рекомендованной терапии конкретно.

Следует отметить, что если необходимость лечения больных с выраженной депрессией почти не вызывает сомнений, то целесообразность использования антидепрессантов при умеренной и легкой степени этого расстройства остается не изученной. Между тем, подобное исследование тем более необходимо, поскольку и депрессивное расстройство, и приверженность к лечению тесно

взаимосвязаны с качеством жизни и субъективной оценкой самочувствия пациента, а работ, посвященных влиянию антидепрессантов на качество жизни у кардиологических больных с умеренными изменениями в аффективной сфере, нет. Использование стандартных опросников по качеству жизни типа SF-12, SF-36 в этом случае представляется не совсем оправданным, поскольку в них речь идет не о субъективной оценке пациентом изменений, происходящих с его здоровьем, а о фиксации определенных медицинских показателей: расстройство, проходимое без болевых ощущений, частота приступов и т. д. Более того, в литературе высказывается точка зрения, что обычные опросники по качеству жизни правильнее называть опросниками по изменению оценки пациентами медицинских параметров терапии (medical well-being), а для оценки качества жизни лучше использовать дополнительные прямые вопросы, так как восприятие пациентом чего-либо, например самочувствия, — это всегда комплексное понятие, зависящее от целого ряда факторов, суммарную оценку которого может дать только сам пациент [8, 9].

Целью нашего исследования было изучить влияние терапии препаратом пирлиндол на дальнейшую приверженность к лечению пациентов

отделения кардиологии, страдающих депрессией легкой и средней степени тяжести.

Было проведено скрининговое исследование, включавшее всех пациентов старше 18 лет, находившихся на лечении в отделении кардиологии клиники медицинского университета по поводу различных сердечно-сосудистых заболеваний с января по март 2007 г. Больных обследовали с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) [10]. Если по данным этой шкалы у пациента было более 8 баллов, что соответствует субклинически выраженным симптомам депрессии, или более 10 (клиническая депрессия), то проводилось анкетирование с использованием опросника Бека [11], позволяющего определить степень выраженности выявленного депрессивного расстройства. В исследование включались пациенты с выраженностью депрессии в формализованной оценке не менее 10 и не более 29 баллов по шкале депрессии Бека, давшие согласие на участие в исследовании (табл. 1).

Критериями исключения являлись: тяжелая сердечная недостаточность (NYHA IV), некорригируемая артериальная гипертония, стенокардия напряжения IV ФК, почечная недостаточность (КФ менее 60 мл/мин), противопоказания к приему пирлиндола, тяжелая степень депрессии

Таблица 1

## Характеристика пациентов, принимавших участие в рандомизированном исследовании

Показатели	Обследованные группы			
	основная, n = 32		контрольная, n = 29	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Пол				
женский	11	56,7	19	64,5
мужской	14	43,3	10	35,5
Возраст				
не достигшие пенсионного возраста	11	33,3	8	25,8
достигшие пенсионного возраста	21	66,7	22	74,2
Поступили				
экстренно	8	23,3	8	29,0
в плановом порядке	25	76,7	21	71,0
Причина госпитализации				
острый инфаркт миокарда	2	6,7	1	3,2
нестабильная стенокардия	16	50,0	18	61,3
ХИБС: нарушения ритма	4	13,3	0	0
ХИБС: сердечная недостаточность	8	23,3	8	29,0
артериальная гипертония	2	6,7	2	6,5
Сопутствующая патология				
артериальная гипертония	32	100,0	29	100,0
стабильная стенокардия напряжения	16	50,0	18	61,3
перенесенный инфаркт миокарда	13	40,0	12	41,9
мерцательная аритмия	8	23,3	4	12,9
перенесенное ОНМК	3	10,0	5	16,1
остеохондроз	24	73,3	23	80,6
сахарный диабет	14	43,3	13	45,2
заболевания почек и мочевыводящих путей	11	33,3	14	48,4
заболевания органов дыхания	9	26,7	7	22,6
заболевания ЖКТ	20	63,3	19	64,5
другие заболевания	9	26,7	9	32,3

(более 29 баллов по шкале депрессии Бека), а также любые другие серьезные заболевания, которые могли бы повлиять на продолжительность жизни пациента или прием исследуемого препарата.

В качестве антидепрессивной терапии был выбран препарат пирлиндол (пиразидол фирмы Мастерлек, Россия), не обладающий кардиотоксичностью. Положительное влияние на когнитивные функции делает применение пирлиндола у пожилых пациентов с сопутствующей соматической патологией не только возможным, но и желательным. Пирлиндол рекомендован для применения в общетерапевтической сети [6, 12–17].

Пациенты, включенные в исследование, были рандомизированы на две группы: основную, в которой им был назначен пирлиндол, и группу контроля, которой этот препарат не назначался. Для рандомизации использовалась рандомизационная таблица, генерированная программой Statistica. Рандомизацию производил врач-исследователь, но препарат пациенту выдавал лечащий врач.

Доза препарата подбиралась индивидуально. Начальная суточная доза составляла 50 мг, затем в течение недели дозу пирлиндола у всех пациентов увеличили до 100 мг/сут, в последующем при необходимости доза увеличивалась до 200 мг/сут. Таким образом, терапевтическая доза составила от 100 до 200 мг/сут [16]. В момент выписки со всеми пациентами проводилась беседа о наличии у них изменений в психо-эмоциональной сфере, необходимости консультации с психотерапевтом и соответствующей терапии, а пациентам группы лечения также выдавались 4 упаковки пиразидола (пирлиндола) по 50 таблеток в дозировке 50 мг. Далее, на протяжении всего исследования, назначенный препарат планировалось предоставлять пациентам на визитах бесплатно.

Планировалось посещение пациентами клиники через 3 и 6 мес после выписки и при необходимости — корректировка дозы антидепрессанта. На каждом визите предполагалось оценивать продолжение пациентом терапии сердечно-сосудистых заболеваний и ее регулярность, нежелательные явления, субъективную оценку пациентом своего самочувствия, общую удовлетворенность лечением.

*Приверженность к терапии* определялась двумя способами: на основании ответа пациента на прямые вопросы о продолжении приема препаратов, назначенных ему в клинике, и на основании сопоставления терапии, назначенной пациенту в клинике в момент выписки, и того лечения, которое пациент получает в настоящее время. Если пациент продолжал прием 80% и более препаратов, назначенных ему в клинике, это условно рассматривалось как приверженность к терапии, если менее — как невыполнение врачебных рекомендаций [19].

*Регулярность терапии* оценивали на основании ответов пациента на вопросы о регулярности приема препаратов и о пропуске очередных доз

всех назначенных медикаментов. Помимо этого, проводили учет выданного и возвращенного антидепрессанта, поскольку препарат предоставлялся пациентам бесплатно.

Учитывалась частота нежелательных явлений — гипертонических кризов, повторных госпитализаций, эпизодов нестабильной стенокардии, обострение других хронических заболеваний и т. п.

Определялась субъективная оценка больным своего самочувствия.

*Общая удовлетворенность* от лечения (т. е. субъективная оценка проводимой терапии) оценивалась на основании ответа пациента на вопрос: «Довольны ли Вы своим лечением в целом?» При ответе на вопрос пациент мог выбрать один из трех возможных вариантов: «Да, полностью; да, частично; нет». При анализе результатов первый ответ пациента, однозначно положительно оценивающий лечение, рассматривался как «правильный» (т. е. положительный), а два других варианта ответа считались проблемными (т. е. с негативной оценкой пациента) [19]. Подобным образом оценивались самочувствие, представления о депрессии, вера в успех лечения.

Регистрировались клинические критерии эффективности и безопасности проводимой терапии: пульс, артериальное давление, физикальные данные, ЭКГ-изменения, степень депрессии по шкале Бека.

С помощью однофакторного анализа оценивалась возможная связь между терапией пиразидолом и приверженностью пациента к лечению, а также его субъективной оценкой своего состояния в настоящее время.

В ходе исследования в связи с неудовлетворительной явкой пациентов на визиты в дизайн исследования вносили изменения. В случае неявки на визит, даже после повторного приглашения, пациентов опрашивали по телефону. Через 6 мес после выписки из стационара, помимо прежних вопросов, всех пациентов спрашивали о субъективной оценке своего эмоционального состояния, убеждениях по поводу возможности и необходимости лечения расстройств эмоциональной сферы и помощи врача в этом отношении, желании обсудить свое самочувствие с лечащим врачом, а у пациентов основной группы спрашивали также о причине прекращения ими терапии антидепрессантом и о желании ее продолжить. Во время опроса по телефону варианты ответов на задаваемые вопросы не предоставлялись, пациентам предлагали только указать причину именно отказа от терапии антидепрессантами.

Критериям включения в исследование соответствовали 93 пациента, согласился принять участие 61 пациент в возрасте от 29 до 87 лет. 32 пациента группы (рисунок) были сопоставимы по полу, возрасту и сопутствующей патологии. Препараты, назначенные пациентам после выписки, приведены в табл. 2.

Таблица 2

**Назначения, сделанные пациентам  
рандомизированного исследования**

Препараты	Обследованные группы			
	основная, $n = 32$		контрольная, $n = 29$	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Дезагреганты	30	93,8	28	96,6
Нитраты	18	56,3	15	51,7
Диуретики	22	68,8	24	82,8
$\beta$ -блокаторы	24	75,0	24	82,8
Ингибиторы АПФ	32	100,0	27	93,1
Антагонисты кальция	8*	25,0	16*	55,2
Статины	32	100,0	29	100,0
Антиаритмики	2	6,25	3	10,4

Примечание. \* различия достоверны ( $p < 0,05$ ).  
То же в последующих таблицах.

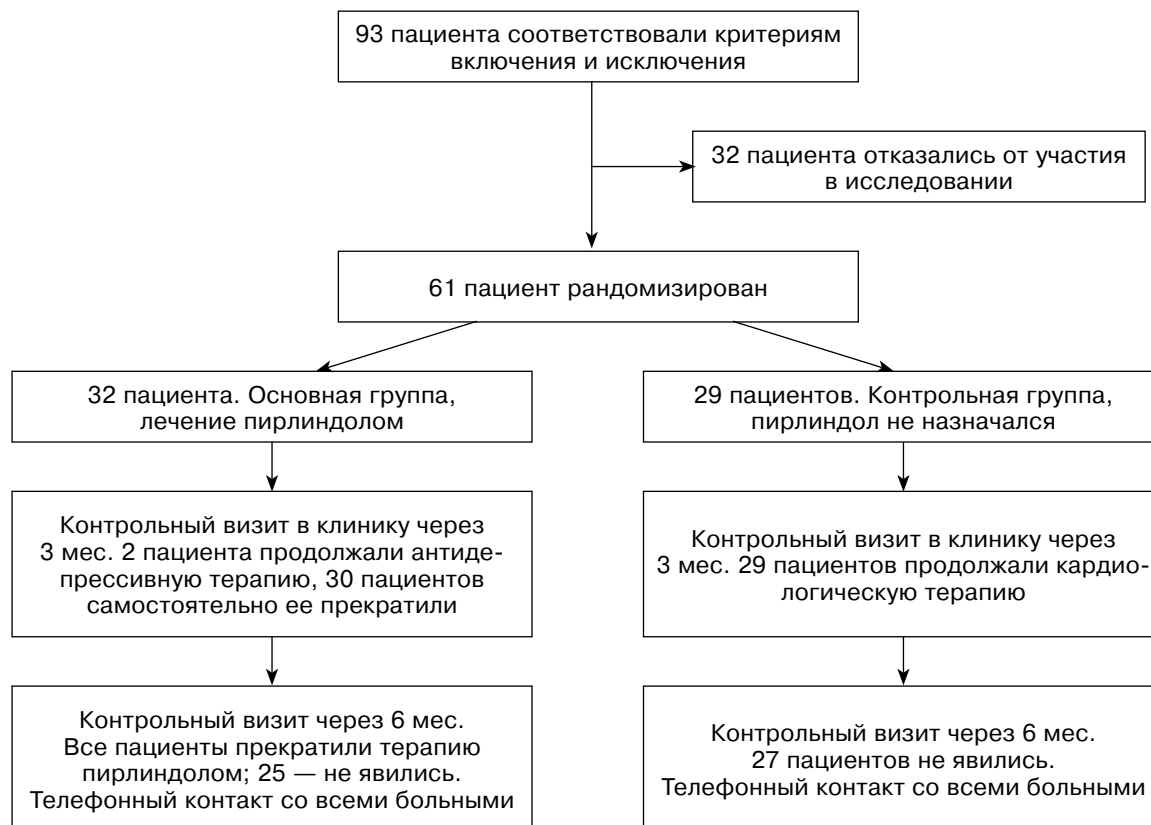
Во время контрольного визита через 3 мес после выписки из стационара выяснилось, что терапию пирлиндолом в течение первого месяца продолжали 24 человека (75%). Только 2 пациента (6%) продолжили лечение антидепрессантом

в течение второго месяца. По результатам анкетирования уменьшения выраженности депрессивного расстройства в обеих исследуемых группах не отмечалось.

Через 3 мес после выписки из стационара ни один пациент не признался в прекращении приема кардиологических препаратов. Но регулярно их принимали несколько чаще пациенты основной группы (81 и 72% соответственно). Существенные изменения в здоровье пациентов в виде повторных госпитализаций и гипертонических кризов реже имели место в основной группе (56 и 72% соответственно,  $p < 0,05$ ). Общее самочувствие улучшилось у 65% пациентов основной и только у 50% — контрольной группы ( $p < 0,05$ ) (табл. 3).

Через 6 мес после выписки из стационара не явились 25 пациентов из основной и 27 — из контрольной группы. К этому моменту все пациенты первой группы самостоятельно прекратили прием пирлиндола. Как видно из табл. 4, попытка проведения терапии депрессии легкой и средней степени тяжести антидепрессантом пирлиндолом не повлияла на приверженность пациентов к длительному курсу лечения.

Среди причин прекращения приема антидепрессанта 13 пациентов (44,4%) называли нежелание приобретать препарат после использования бесплатных упаковок, 6 человек (22,2%) самостоятельно решили не принимать препарат,



Дизайн исследования влияния антидепрессивной терапии пирлиндолом на приверженность к лечению

Таблица 3

Результаты опроса пациентов через 3 мес после выписки из стационара

Показатели	Обследованные группы			
	основная, n = 32		контрольная, n = 29	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Продолжение приема пирлиндолола	24	75,0	0	0
Покупки пирлиндолола	2	6,3	0	0
Замена на антидепрессант	2	6,3	0	0
Отмечали побочные эффекты	0	0	0	0
Продолжали прием других назначенных препаратов	32	100,0	29	100,0
Принимали другие препараты регулярно	26**	81,3**	21*	72,4*
Не пропускали прием других препаратов	20	62,5	20	68,9
Происходили изменения в личной жизни	8	25,0	5	17,2
Происходили изменения в здоровье	18*	56,3*	21*	72,4*
Улучшилось физическое состояние	16*	50,0*	19*	65,5*
Улучшилось эмоциональное состояние	16	50,0	19	65,5
Удовлетворены лечением в настоящее время	14	43,8	12	41,4

Примечание. \*\* имеется статистическая тенденция (p = 0,10). То же в табл. 4.

поскольку, по их мнению, количество назначенных препаратов и без того было большим. Еще 6 человек (22,2%) утверждали, что никакого препарата им при выписке не выдавали, а 4 (11,1%) пациентам основной группы антидепрессант был отменен врачом амбулаторного звена.

Желание продолжить антидепрессивную терапию через 6 мес выразили лишь 8 респондентов (28%).

Поскольку различия в субъективной оценке своего эмоционального состояния и убеждениях в отношении антидепрессивной терапии через 6 мес у респондентов обеих групп были недостоверны, мы объединили полученные данные для дальнейшего анализа. При выяснении субъективной оценки пациентами своего эмоционального состояния мы обнаружили, что 28 из них (46,4%) отмечают у себя проявления депрессии или тревоги. При этом лишь 12,5% (8 больных) счита-

Таблица 4

Результаты опроса пациентов через 6 мес после выписки из стационара

Препараты, прием которых пациенты прекратили	Обследованные группы			
	основная, n = 32		контрольная, n = 29	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Дезагреганты	2	6,7	3	10,3
Нитраты	0	0	6*	20,7*
Диуретики	4*	12,5*	6*	20,7*
β-блокаторы	2	6,3	3	6,9
Ингибиторы АПФ	0	0	0	0
Антагонисты кальция	2*	6,3*	8*	31,0*
Статины	16	50,0	12	41,4

ют депрессию чем-то неудобным (смущающим) страдающего ею человека. Лишь 11 опрошенных (18%) обсуждали свое эмоциональное состояние и настроение с лечащим врачом, а 22 пациента (36%) респондентов не хотели бы иметь больше возможностей обсуждать свои ощущения со своим врачом. 33 респондента (54%) считали, что врач может помочь больному справиться с депрессией, в то время как в помощь медикаментозных антидепрессивных препаратов верили лишь 17 (29%). Удовлетворены в целом получаемым лечением через 6 мес по результатам опроса были 37 пациентов (60,7%), при чем отмечали улучшение самочувствия 45 человек (75%), а улучшение настроения только 28 (46,4%).

Доказано, что для эффективной антидепрессивной терапии требуется лечение минимум в течение 4–6 мес [18]. В нашем исследовании в течение 1 мес антидепрессивную терапию, как указывалось, продолжили 75% пациентов, в течение 2 мес – лишь 6%, в связи с чем эта терапия была неэффективна и не повлияла на уровень депрессивных расстройств у пациентов. Не повлияла она и на продолжение пациентами лечения.

Необходимо подчеркнуть, что данное вмешательство, очевидно, было неэффективным в отношении приверженности к лечению кардиологическими препаратами именно из-за невозможности повлиять на депрессию вследствие раннего прекращения приема антидепрессанта. Ведь даже месяц регулярного приема пирлиндолола обнаружил некоторое положительное влияние (увеличение регулярности приема, урежение серьезных нежелательных явлений, субъективное улучшение общего самочувствия). Это еще раз подчеркивает перспективность выбранного направления в целом, вопреки недостаточной эффективности данного конкретного антидепрессанта.

Депрессия может приводить к ощущению безнадежности и неверию в эффективность

любой терапии ИБС, поскольку при депрессии снижается энергетический потенциал человека, ослабляется внимание, может повышаться чувствительность к побочным эффектам препаратов [19], что, несомненно, снижает комплаенс в отношении любых лекарственных препаратов. Это дает основание считать вероятным, что адекватная антидепрессивная терапия с положительным действием на аффективные нарушения действительно могла бы улучшить не только приверженность больных к лечению, но и результаты терапии сердечно-сосудистых заболеваний. Низкую приверженность к лечению антидепрессантами отмечали и другие авторы [7, 4], причем подчеркивали, что при лечении у психиатров и психологов комплаенс пациента был выше, чем при лечении у специалистов другого профиля [1, 4, 5]. Причина этого — именно отношение пациентов к антидепрессивной терапии: большинство пациентов считают, что прием подобных препаратов необходим только лицам, страдающим психиатрической патологией, и так как у них таких заболеваний нет, то и в приеме подобных средств нет необходимости.

Более того, многие пациенты стесняются приема «психиатрических» препаратов. Так, указание в качестве причины прекращения приема антидепрессивного препарата окончания бесплатных упаковок или утверждение, что подобные препараты им вовсе не назначались, свидетельствуют об отсутствии мотивации и внутреннем сопротивлении подобному лечению. Это может быть объяснено как самим депрессивным расстройством, так и системой убеждений в отношении возможности лечения неглубоких («не психических») расстройств психоэмоциональной сферы. Об этом говорят и результаты непосредственного опроса пациентов об их вере в вероятность и успех медицинской помощи при депрессии на фоне уже имеющейся и выходящей для пациента на первый план соматической патологии. А ведь именно представления пациента в отношении необходимости лечения в значительной степени определяют его приверженность к рекомендованной терапии согласно когнитивным моделям поведения (социально-когнитивная теория, убеждения пациента в отношении здоровья) [1, 22–24].

Неверие в возможность медицинской помощи при депрессивном расстройстве и нежелание обсуждать свое эмоциональное состояние с врачом может быть отчасти связано с представлением о депрессии как о социально-психологическом, а не медицинском явлении (большинство пациентов, как отмечалось, не считает депрессию чем-то неудобным для человека, ею страдающего).

Таким образом, антидепрессивная терапия препаратом пирлиндол не влияет на приверженность пациентов к длительному лечению и на регулярность приема препаратов у кардиологических больных вследствие их низкого комплаенса в отношении антидепрессантов.

Таблица 5

### Результаты телефонного опроса пациентов через 6 мес после выписки из стационара

Показатели	Количество опрошенных	
	абс. ч.	%
<b>Причина прекращения приема антидепрессанта, n = 32</b>		
Окончание первой бесплатной упаковки	14	44,4
Большое количество других препаратов	7	22,2
«Не был выдан препарат при выписке»	7	22,2
Отмена врачом амбулаторного звена	4	11,1
<b>Субъективная оценка самочувствия, n = 61</b>		
Признаки депрессии или тревоги	28	46,4
Общее улучшение самочувствия	45	75,0
Улучшение настроения	28	46,4
<b>Представление о депрессии и вера в успех лечения</b>		
Депрессия «неудобна», «смущает»	8	12,5
Обсуждали свое эмоциональное состояние с лечащим врачом	11	18,0
Не хотели бы обсуждать свои ощущения с врачом	22	36,0
Врач может помочь справиться с депрессией	33	54,0
Препараты могут помочь справиться с депрессией	17	29,0
<b>Общая удовлетворенность лечением</b>		
Удовлетворены получаемым лечением	37	60,7

Распространенность тревожно-депрессивных расстройств в кардиологической практике и крайне отрицательное влияние депрессии не только на приверженность к терапии, но и на прогноз у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями диктуют необходимость разработки более целостного подхода к лечению психоэмоциональных расстройств у пациентов с соматической патологией. Очевидно, необходимо проведение рациональной психотерапии, направленной на разъяснение больным природы депрессии, возможности проявления ее «телесными», а не только эмоциональными расстройствами и особую опасность ее сочетания с соматической патологией. При этом необходима также пропаганда разумного использования антидепрессивных медикаментов с учетом всех показаний и противопоказаний к этому виду терапии у конкретного пациента.

Литература

1. Adherence to long-term therapies. Evidence to action // WHO, 2003.— P. 3–39, 65–71.
2. *Lars Osterberg M. D., Terrence Blaschke M. D.* Adherence to Medication // N. Engl. J. Med.— 2005.— Vol. 353 (5).— P. 487–497.
3. *Погосова Г. В.* Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения // Психиатр. и психофармакотер.— 2000.— № 2.— С. 23–26.
4. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев, С. В. Иванов.— М.: Мед. информ. агенство, 2005.— 784 с.
5. *Lane D. A., Chong A. Y., Gyh Lip.* Psychological interventions for depression in heart failure // Cochr. Dat. of System. Rev.— 2005.— № 1. Art. No.: CD003329. DOI: 10.1002/14651858.CD003329.pub2.
6. *Дроздов Д. В., Аллилуев И. Г., Полтавская М. Г.* Применение психотропных препаратов и лекарственные взаимодействия у кардиологических больных // Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология / Под ред. А. Б. Смулевича, А. Л. Сыркина.— М., 1994.— С. 101–113.
7. *Мухайлова Н. М., Сирыченко Т. М.* Практика амбулаторной терапии антидепрессантами // Рус. мед. журн.— 2005.— Т. 13, № 10.— С. 693–699.
8. Perceptions of legitimacy: the influence on medicine taking and prescribing / F. A. Stevenson, N. Britten, C. A. Barry, C. P. Bradley // Health.— 2003.— № 1.— P. 85–104.
9. *Rode J. C.* Job satisfaction and life satisfaction revisited: A longitudinal test of an integrated model // Hum. relat.— 2004.— № 57.— P. 1205–1208.
10. *Zigmond A. S., Snaith R. P.* The hospital anxiety and depression scale // Acta Psych. Scand.— 1983.— № 67.— P. 361–370.
11. *Beck A. T., Ward C., Mendelson M.* Beck Depression Inventory (BDI) // Arch. Gen. Psychiat.— 1961.— № 4.— P. 561–571.
12. *Дроздов Д. В., Новикова Н. А.* Некоторые аспекты применения психотропных средств в кардиологии. Ипохондрия и соматоформные расстройства / Под ред. А. Б. Смулевича.— М.— 1992.— С. 136–147.
13. *Bruhwyler J., Liegeois J. F., Geczy J.* Pirlindole: a selective reversible inhibitor of monoamine oxidase A. A review of its preclinical properties // Pharmacol. Res.— 1997.— Vol. 36 (1).— P. 23–33.
14. *De Wilde J. E., Geerts S., Van Dorpe.* A double-blind randomized placebo-controlled study of the efficacy and safety of pirlindole, a reversible monoamine oxidase A inhibitor, in the treatment of depression // J. Acta Psych. Scand.— 1996.— Vol. 94.— P. 404–410.
15. *Ehlers T, Ritter M.* Effects of the tetracyclic antidepressant pirlindole on sensorimotor performance and subjective condition in comparison to imipramine and during interaction of ethanol // Neuropsychobiol.— 1984.— Vol. 12 (1).— P. 48–54.
16. Hemodynamic effects of pirlindole, new tetracyclic antidepressant agent / V. B. Fiedler, S. Buchheim, R. E. Nitz, J. Scholtholt // Arzneimittel-Frsch.— 1983.— Vol. 33.— P. 244–250.
17. *Tanghe A., Geerts S., Van Dorpe J.* Double-blind randomized controlled study of the efficacy and tolerability of two reversible monoamine oxidase A inhibitors, pirlindole and moclobemide, in the treatment of depression // Acta Psych. Scand.— 1997.— № 96.— P. 134–141.
18. *Nemeroff C. B.* Evolutionary trends in the pharmacotherapeutic management of depression // J. Clin. Psychiat.— 1994.— № 55.— P. 3–15.
19. *Наумова Е. А., Шварц Ю. Г.* Амбулаторное лечение артериальной гипертензии. Мнения врачей, назначения и реальное потребление антигипертензивных препаратов // Клин. фармакол. и терап.— 2000.— № 4.— С. 19–21.
20. *Kasper S.* The pharmacological rationale for the clinical use of antidepressants // J. Clin. Psychiat.— 1997.— № 11.— P. 501–504.
21. Depression and Medication Adherence in Outpatients With Coronary Heart Disease / Anil Gehi, Donald Haas, Sharon Pipkin et al. // Arch. Intern. Med.— 2005.— Vol. 165 (21).— P. 2508–2513.
22. *Биккитина Г. М., Исхаков Э. Р.* Приверженность к лечению у пациентов с различным типом отношения и мотивацией к приему медикаментов // Совр. наукоемкие технологии.— 2007.— № 4.— С. 94–95.
23. Adherence to Maintenance-Phase Antidepressant Medication as a Function of Patient Beliefs About Medication / James E. Aikens, Donald E. Nease et al. // An. of Fam. Med.— 2005.— № 3.— P. 23–30.
24. Psychological interventions for coronary heart disease / K. Rees, P. Bennett, R. West et al. // Cochr. Dat. of System. Rev.— 2004.— № 2.— Art.No.:CD002902. DOI:10.1002/14651858.CD002902.pub2.

Поступила 16.10.2008