

- boleznyu i holesterozom zhelchnogo puzyrya [The feasibility of an integrated approach for the correction of lipid abnormalities in patients with cholelithiasis and gallbladder cholesterosis] / V.P. Gacenko, E.R. At'kova, R.A. Ivanchenkova // Lechaschii vrach [The attending physician]. — 2011. — № 7. — S.15—19.
2. Grigor'eva, I.N. Lipidnyi obmen i zhelchnokamennaya bolezni' [Lipid metabolism and gallstones] / I.N. Grigor'eva, Yu.P. Nikitin. — Novosibirsk: MEGAGRAFIKS, 2005. — С.160—169.
 3. Rebrov, A.P. Osobennosti dislipidemii pri psoriaticheskom artrite: vzaimosvyaz' s aterosklerozom, faktorami serdechno-sosudistogo riska i sistemnym vospaleniem [Features dyslipidemia in psoriatic arthritis: correlation with atherosclerosis, factors of cardiovascular risk and systemic inflammation] / A.P. Rebrov, I.Z. Gaidukova // Saratovskii nauchno-medicinskii zhurnal [Saratov Journal of Medical Scientific]. — 2010. — Т. 6, вып. 3. — S.51—55.
 4. Roitberg, G.E. Vnutrennie bolezni. Serdechno-sosudistaya sistema [Internal Medicine. Cardiovascular system] / G.E. Roitberg, A.V. Strutynskii. — M.: BINOM, 2007. — S.314—315.
 5. Banim, P.J. The aetiology of symptomatic gallstones quantification of the effects of obesity, alcohol and serum lipids on risk. Epidemiological and biomarker data from a UK prospective cohort study (EPIC-Norfolk) / P.J. Banim, R.N. Luben, H. Bulluck [et al.] // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2011. — Vol. 23(8). — P.733—740.
 6. Blackhart, B.D. Structure of the human apolipoprotein B gene / B.D. Blackhart, E.M. Ludwig, V.R. Pierotti [et al.] // J. Biol. Chem. — 1986. — Vol. 261. — P.15364—15367.
 7. Gong, Y. Roles of APOB-100 Gene Polymorphisms and the Risks of Gallstones and Gallbladder Cancer: A Meta-Analysis / Y. Gong, L. Zhang, P. Bie, H. Wang // PLoS ONE. — Vol. 8(4). — e61456/ P. 1—9; doi:10.1371/journal.pone.0061456
 8. Han, T. Apolipoprotein B-100 gene Xba I polymorphism and cholesterol gallstone disease / T. Han, Z. Jiang, G. Suo, S. Zhang // Clin. Genet. — 2000. — Vol. 57. — P.304—308.
 9. Liu, F.L. Xba I polymorphisms of apolipoprotein B gene: Another risk factor of gallstone formation after radical gastrectomy / F.L. Liu, W.B. Lu, W.X. Niu // World J. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 16(i.20). — P. 2549—2553.
 10. Mathew, C.C. The isolation of high molecular weight eukaryotic DNA / C.C. Mathew // Methods molecular biology. N.Y. — 1984. — Vol. 2. — P.31—34.
 11. Sánchez-Cuén, J. APOB-100, APOE and CYP7A1 gene polymorphisms in Mexican patients with cholesterol gallstone disease / J. Sánchez-Cuén, M. Aguilar-Medina, E. Arámbula-Meraz [et al.] // World J. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 16, issue 37. — P.4685—4690.
 12. Schlesselman, J. Case-control studies. Design, conduct, analysis / J. Schlesselman. — N.Y., Oxford: Oxford University Press. — 1982. — P.457.
 13. Stinton, L.M. Epidemiology of Gallbladder Disease: Cholelithiasis and Cancer / L.M. Stinton, E.A. Shaffer // Gut and Liver. — 2012. — Vol. 6, № 2. — P.172—187.
 14. Yoo, E.-H. The prevalence and risk factors for gallstone disease / E.-H. Yoo, S.-Y. Lee // Clin. Chem. Lab. Med. — 2009. — Vol. 47, № 7. — P.795—807.

© Д.П. Тергулова, М.А. Кутлубаев, Л.Р. Ахмадеева, 2015

УДК 616.89-008.454

ДЕПРЕССИЯ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (на примере болевых синдромов и инсульта)

ДИНАРА РАВИЛЬЕВНА ТЕРЕГУЛОВА, врач-невролог МБУЗ «Городская клиническая больница № 5», Уфа, Россия, тел. 8-987-249-15-35, e-mail: dinamail@mail.ru

МАНСУР АМИРОВИЧ КУТЛУБАЕВ, канд. мед. наук, врач-невролог Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова, ассистент кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия, тел. 8-347-228-75-00, e-mail: mansur.kutlubaev@yahoo.com

ЛЕЙЛА РИНАТОВНА АХМАДЕЕВА, докт. мед. наук, проф. кафедры неврологии с курсами нейрохирургии и медицинской генетики ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Уфа, Россия, тел. 8-347-272-56-64, e-mail: la@ufaneuro.org

Реферат. Цель исследования — изучение частоты и коррелятов депрессии у стационарных пациентов с болевыми синдромами и после инсульта. *Материал и методы.* Исследовано две группы пациентов: 125 с болевыми синдромами и 227 в раннем восстановительном периоде после инсульта. Оценка боли проведена с помощью анкеты-опросника и числовой ранговой шкалы (Numerical Rating Scale, NRS), наличие депрессивных расстройств определялось с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы депрессии Бэка, по критериям «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» IV пересмотра (DSM-IV). Регистрировались тяжесть инсульта по Шкале Национального института здоровья США (NIHSS) и степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина (mRs). *Результаты и их обсуждение.* Выявлена высокая частота симптомов депрессии в обеих группах пациентов. Признаки клинически выраженной депрессии по шкале HADS наблюдались у 34 (27,2%) пациентов с болями, а по шкале Бека у 98 (78,4%) отмечалось наличие депрессивных симптомов. В группе пациентов после инсульта депрессия по критериям DSM-IV была выявлена у 49 (27,4%) пациентов. Выраженность симптомов депрессии была связана с выраженностью болевого синдрома и неврологического дефицита после инсульта. *Заключение.* Депрессия часто развивается при болевых синдромах и после инсульта. Ее выраженность связана с тяжестью основного заболевания. Развитие депрессии при неврологических заболеваниях, вероятно, приводит к формированию порочного круга: неврологическая симптоматика ведет к ограничению функциональных возможностей и развитию депрессии, а она, в свою очередь, препятствует процессу выздоровления.

Ключевые слова: депрессия, болевой синдром, инсульт.

DEPRESSION IN NEUROLOGICAL PRACTICE (in cases of pain syndromes and stroke)

DINARA R. TEREGULOVA, neurologist of City Clinical Hospital № 5, Ufa, Russia, tel. 8-987-249-15-35,
e-mail: dinamail@mail.ru

MANSUR A. KUTLUBAEV, Candidate of Medical Science, neurologist of Republican Clinical Hospital, assistant of professor of the Department of neurology, neurosurgery and medical genetics of SBEI HPE «Bashkir State Medical University» of Russian Ministry of Health, Ufa, Russia, tel. 8-347-228-75-00, e-mail: mansur.kutlubaev@yahoo.com

LEILA R. AKHMADEEVA, Doctor of Medical Science, Professor of the Department of neurology, neurosurgery and medical genetics of SBEI HPE «Bashkir State Medical University» of Russian Ministry of Health, Ufa, Russia, tel. 8-347-272-56-64, e-mail: la@ufaneuro.org

Abstract. Aim. To study the frequency and correlates of depression among inpatients with pain syndromes and after stroke. **Material and methods.** Two groups of patients were recruited: 125 patients with pain syndromes and 227 patients after stroke. Pain intensity was assessed by the questionnaire and Numerical Rating Scale (NRS), symptoms of depression were estimated using Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Beck Depression Inventory and criteria of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV). Severity of neurological deficit and disability was assessed by National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) and modified Rankin Scale (mRS) respectively. **Results and discussion.** The results showed a high frequency of the symptoms of depression in both groups. In the group of patients with pain syndromes clinically significant depression according to HADS was observed in 34 (27,2%) cases, depression according to Beck Depression Inventory was diagnosed in 98 cases (78,4%). In the group of patients after stroke, depression according to DSM-IV criteria was detected in 49 (27,4%) patients. The severity of the symptoms of depression correlated with the intensity of pain and severity of neurological deficit after stroke. **Conclusions.** Depression often develops in patients with pain syndromes and after stroke. Its severity is associated with the severity of the main disorder. The development of depression in neurological disorders is likely to result in the formation of a vicious cycle: neurological symptoms lead to functional limitations and to the development of depression, whilst the latter in turn hampers the recovery process.

Key words: depression, pain syndrome, stroke.

Введение. В последние десятилетия во всем мире отмечается рост частоты депрессивных расстройств. Распространенность депрессии в общей популяции составляет от 3 до 6%, а среди пациентов, обращающихся за помощью в учреждения общемедицинской сети, клинически очерченные типичные формы депрессий выявляются не менее чем в 12—25% случаев. Выявление депрессивных расстройств является актуальной проблемой, поскольку почти половина больных с депрессией вообще не обращается за специализированной помощью, а 80% лечатся у врачей общей практики, предъявляя лишь соматические жалобы. Пациент, приходящий к врачу общего профиля, редко жалуется на снижение настроения, беспокойство, тревогу, утрату чувства удовольствия. Боль — основная жалоба, заставляющая человека обратиться к врачу. Депрессия и боль тесно взаимосвязаны и могут усиливать друг друга, формируя порочный круг: депрессия может быть вызвана болью, а может и сама стать причиной развития хронической боли, а также во многих случаях способствовать хронизации острой боли, возникшей в результате тех или иных причин. Чаще всего хронический болевой синдром является «маской» депрессии [1, 2].

Инсульт — одно из наиболее распространенных заболеваний нервной системы. Он является основной причиной инвалидизации среди взрослых людей. Депрессия после инсульта ухудшает исходы основного заболевания. Ее своевременное лечение помогает улучшить восстановление неврологического дефицита [3, 4].

Эпидемиологические данные по распространенности депрессии при отдельных заболеваниях колеблются в довольно широких пределах. Это

связано как с разными методами диагностики депрессии (клиническая диагностика, использование различных психометрических методик), так и с разной стадией исследованных заболеваний. Важно отметить и то, что депрессивные расстройства влекут за собой серьезные как медицинские, так и социальные последствия: снижается качество жизни пациентов, ухудшается течение соматических заболеваний и задерживается процесс выздоровления, нарушаются адаптационные возможности человека [5].

Целью данной работы являлось исследование частоты и коррелятов депрессии у пациентов с болевыми синдромами и в раннем восстановительном периоде после инсульта.

Материал и методы. На первом этапе исследования набирались пациенты, находящиеся на стационарном лечении в клинике Башкирского государственного медицинского университета в отделениях неврологического, терапевтического, хирургического, гинекологического профиля. В исследование включались пациенты, имеющие болевой синдром на момент опроса. Всем пациентам, давшим информированное согласие на проведение исследования, предлагалось заполнить опросники на выявление депрессии. Также пациенты заполняли анкету с вопросами для комплексной оценки болевого синдрома, его выраженности по числовой ранговой шкале (Numerical Rating Scale, NRS): пациенты оценивали свои болевые ощущения цифрами от 0 (нет боли) до 10 (максимально возможная боль), локализации боли, наличии боли в течение последних 3 мес. Пациенты оценивали степень ограничения повседневной жизнедеятельности из-за боли по таким критериям, как «не ограничивала»,

«ограничивала незначительно», «ограничивала значительно».

Для определения наличия симптомов депрессии у пациентов и степени их выраженности использовались валидизированные в России опросники, которые заполнялись пациентами самостоятельно:

1. *Шкала депрессии Бека* (Beck Depression Inventory, BDI) — для скрининга и оценки степени тяжести депрессивного состояния [6].

2. *Госпитальная шкала тревоги и депрессии* (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) — для скрининга и субъективной оценки тревоги и депрессии у пациента [7].

На втором этапе исследования набирались пациенты через 4 нед (± 1 нед) после церебрального инсульта. Критериями исключения были субарахноидальное кровоизлияние без формирования гематомы, грубые нарушения речи и хронические психические нарушения в анамнезе.

Регистрировались тяжесть инсульта по Шкале Национального института здоровья США (NIHSS) и степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина (mRs). Тяжесть депрессии оценивалась по HADS. При значениях HADS более 7 пациент осматривался психиатром на предмет наличия депрессии по критериям «Руководства по диагностике и статистике психических расстройств» IV пересмотра (DSM-IV) [8, 9, 10]. Статистическую обработку материала проводили с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 21. Данные представлены в виде средней и стандартного отклонения. Бинарные данные сравнивали с помощью параметра χ^2 , категориальные — с помощью теста Манна — Уитни. Для выявления взаимосвязи между тяжестью депрессии и клиническими параметрами, представленными непрерывными переменными (тяжесть инсульта, выраженность когнитивного дефицита и др.), использовался корреляционный анализ Спирмена [11].

Результаты и их обсуждение. Всего в исследовании приняли участие 352 человека. На первом этапе — 125 человек, из них 46 мужчин (36,8%) и 79 женщин (63,2%) в возрасте от 16 до 84 лет. Преобладающее число пациентов было в возрастных группах 55—60, 60—65, 70—75 лет. Средний возраст пациентов составил $(53,4 \pm 14,8)$ года.

На момент опроса выраженность болевого синдрома по NRS составила $5,3 \pm 1,9$ из 10. В течение последних трех месяцев более половины пациентов (64; 51,2%) испытывали боли каждый день, практически треть пациентов (36; 28,8%) испытывала боль несколько раз в неделю, всего 20 пациентов (16,0%) испытывали боли несколько раз в месяц. Средний показатель боли, которую испытывали пациенты за последние 3 мес, составил по NRS $(6,00 \pm 2,12)$ балла из 10, что несколько выше данного показателя на момент опроса. Боль, которую испытывали пациенты в течение последних трех месяцев, в 88% случаев влияла на повседневную активность пациентов. Эти боли значительно ограничивали повседневную жизнедеятельность у 54 (43,2%) пациентов, незначительно — у 56 (44,8%), вовсе не ограничивали у 15 (12,0%) опрошенных.

По шкале HADS симптомы депрессии выявлены практически у каждого второго пациента: признаки клинически выраженной депрессии наблюдались у 34 (27,2%) больных, субклинической — у 27 (21,60%) пациентов. Различия показателей депрессии по шкале HADS у мужчин и женщин статистически не значимы ($p=0,143$).

По шкале Бека у значительной части пациентов (98; 78,4%) отмечалось наличие депрессивных симптомов, из них у 35 (28,0%) имелась легкая депрессия (субдепрессия), у 20 (16%) умеренная депрессия, у 34 (27,2%) выраженная депрессия (средней тяжести) и тяжелая депрессия отмечалась у 9 (7,2%) больных. Различия показателей депрессии у мужчин и женщин статистически не значимы ($p=0,382$). Различия между уровнями депрессии по шкале Бека в отделениях являются статистически не значимыми ($p=0,404$).

Из вышеперечисленных данных видно, что показатели уровней депрессии по шкалам Бека и HADS различаются. Возможно, это связано с тем, что чувствительность шкалы Бека для выявления депрессии выше, по данным многих исследований [12, 13]. У 26 пациентов (20,80%) не отмечалось признаков депрессии по обоим шкалам, а у 38 (30,4%) опрошенных не было выявлено депрессии по шкале HADS, но выявлены симптомы депрессии различной степени тяжести. В основном это были легкие формы депрессии (субдепрессии) у 21 пациента из этой группы (55,3%). Коэффициент корреляции между этими двумя шкалами равен $0,701$ ($p \leq 0,01$).

У пациентов, которые в течение последних трех месяцев не испытывали боли, не имели признаков депрессии по шкалам HADS и Бека, была выявлена слабая положительная корреляционная связь между показателями выраженности боли в течение последних трех месяцев и шкалой HADS ($r=0,2$; $p=0,008$) и средняя положительная корреляционная связь этого показателя со шкалой депрессии Бека ($r=0,36$; $p=0,003$). Корреляционная связь между показателями выраженности боли на момент опроса и этими шкалами была слабее: для шкалы HADS — $r=0,06$; $p=0,034$; для шкалы Бека — $r=0,15$; $p=0,022$.

На втором этапе исследования депрессия оценивалась у 227 пациентов в раннем восстановительном периоде инсульта, из них 140 мужчин (61,7%) и 87 женщин (38,3%) от 18 до 89 лет, средний возраст — $(63 \pm 13,7)$ года. В выборке преобладали пациенты с нетяжелым неврологическим дефицитом: показатель NIHSS — $2,2 \pm 2,2$; mRs — $1,2 \pm 1,2$. У подавляющего большинства пациентов были ишемические инсульты — 194 человека (85,5%), у 83 (36,5% — в правом каротидном бассейне, у 80 (35,5%) — в левом каротидном бассейне и у 64 (28%) — в вертебробазилярном бассейне. У 15% пациентов инсульты были повторные.

Депрессия по критериям DSM-IV была выявлена у 49 (27,4%) пациентов. Во всех случаях речь шла о малом депрессивном эпизоде. Средний показатель по HADS составил $5,1 \pm 3,8$. У 21 пациента отмечалась клинически выраженная депрессия, у 50 субклинически выраженная депрессия. Сравнительный анализ выявил достоверные различия в вы-

раженности неврологического дефицита по NIHSS ($2 \pm 2,1$ и $2,8 \pm 2,4$; $p=0,026$) и степени инвалидизации по mRs ($1 \pm 1,2$ и $1,5 \pm 1,3$; $p=0,019$) у пациентов с депрессией по критериям DSM и без нее. Различий по полу, возрасту, а также по типу инсульта, сосудистому бассейну и наличию когнитивного дефицита по MoCA у пациентов с депрессией и без нее выявлено не было.

Для подтверждения выявленной связи был проведен корреляционный анализ, который выявил достоверно слабую связь между тяжестью неврологического дефицита по NIHSS и mRs ($r=0,3$; $p=0,0001$). Связи между возрастом, тяжестью когнитивного дефицита по MoCA и выраженностью депрессии по HADS выявлено не было.

Заключение. Таким образом, депрессия — частое явление при болевых синдромах и после церебрального инсульта. В обоих случаях выраженность депрессии была связана с тяжестью основного патологического процесса (тяжесть неврологического дефицита, в меньшей степени — выраженность боли), что указывает на возможную реактивную природу ее развития. Исходя из полученных данных, можно предположить, что при развитии депрессии при неврологическом заболевании развивается порочный круг: неврологическая симптоматика (боль, парезы, нарушения координации и др.) ведет к ограничению функциональных возможностей и через сложные патофизиологические механизмы приводит к реакции в виде развития симптомов депрессии [14, 15]. С другой стороны, депрессия усугубляет неврологическую симптоматику. При болевых синдромах она усиливает восприятие боли и способствует ее хронизации за счет таких феноменов, как центральная сенситизация. При инсультах депрессия ухудшает восстановление неврологического дефицита за счет нарушения нейропластичности нейромедиаторных процессов, низкой приверженности к реабилитационным мероприятиям [16]. Разорвать порочный круг можно воздействуя на оба звена: устраняя источник боли (с помощью противовоспалительных средств, миорелаксантов и др.) и проводя реабилитационные меры, с одной стороны, и корректируя явления депрессии с помощью антидепрессантов и психотерапии — с другой. Своевременное выявление депрессии и привлечение к работе с неврологическими больными мультидисциплинарной команды с участием психолога/психотерапевта является важным условием для успешного лечения данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смулевич, А.Б. Депрессии в общей медицине / А.Б. Смулевич. — М.: Медицина, 2007. — С.100—107, 191—233.
2. Депрессия в неврологической практике / А.М. Вейн, Т.Г. Вознесенская, В.Л. Голубев, Г.М. Дюкова. — М.: Медицина, 2002. — С.20—30, 66—84.
3. Суслина, З.А. Инсульт: оценка проблемы (15 лет проблемы) / З.А. Суслина, М.А. Пирадов, М.А. Домашенко // Журнал неврологии и психиатрии. — 2014. — № 11. — С.5—13.
4. Kutlubaev, M. Part II: predictors of depression after stroke and impact of depression on stroke outcome:

an updated systematic review of observational studies / M. Kutlubaev, M. Hackett // *Int. J. Stroke*. — 2014. — № 9. — P.1026—1036.

5. Воробьева, О.В. Клинические особенности депрессии в общемедицинской практике (по результатам программы «Компас») / О.В. Воробьева // *Consilium-Medicum*. — 2004. — Т. II, № 6. — С.9—56.
6. An inventory for measuring depression / A. Beck, C. Ward, M. Mendelson [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 1961. — № 4. — P.61—71.
7. Дьяконов, И.Ф. Психологическая диагностика в практике врача / И.Ф. Дьяконов, Б.В. Овчинников. — СПб.: СпецЛит, 2008. — С.6—54.
8. Using the NIH Stroke Scale to assess stroke patients / J. Spilker, G. Kongable, C. Barch [et al.]; the NINDS rt-PA Stroke Study Group // *J. Neurosci. Nurs.* — 1997. — Vol. 29, № 3. — P.84—92.
9. Rankin, J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis / J. Rankin // *Scott. Med. J.* — 1957. — Vol. 2. — P.15—200.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). — Washington DC: APA, 1994.
11. Орлов, А.И. Прикладная статистика: учебник / А.И. Орлов. — М.: Экзамен, 2006. — 671 с.
12. Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as Screening Instruments for Depression in Stroke Patients / I. Aben, F. Verhey, R. Lousberg [et al.] // *Psychosomatics*. — 2002. — Vol. 43. — P.386—393.
13. Furlanetto, M. The Validity of the Beck Depression Inventory — Short form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients / L. Furlanetto, M. Mendlowiczbc, J. Buenob // *J. of Affective Disorders*. — 2005. — Vol. 86, № 1. — P.87—91.
14. Ахмадеева, Л.Р. Тревожные и депрессивные состояния и их связь с болевым синдромом у пациентов, находящихся на стационарном лечении / Л.Р. Ахмадеева, Д.Р. Терегулова // *Проблемы женского здоровья*. — 2012. — Т. 7, № 2. — С.23—28.
15. Кутлубаев, М.А. Нейроиммунные механизмы в развитии постинсультной депрессии / М.А. Кутлубаев, Л.Р. Ахмадеева // *Журнал неврологии и психиатрии*. — 2013. — Т. 113, № 2. — С.76—79.
16. Selective serotonin reuptake inhibitors for stroke recovery: a systematic review and meta-analysis / G. Mead, C. Hsieh, R. Lee [et al.] // *Stroke*. — 2013. — Vol. 44. — P.844—850.

REFERENCES

1. Smulevich, A.B. *Depressii v obschei medicine* [Depression in general medicine] / A.B. Smulevich. — M.: Medicina, 2007. — S.100—107, 191—233.
2. *Depressiya v neurologicheskoi praktike* [Depression in neurological practice] / A.M. Vein, T.G. Voznesenskaya, V.L. Golubev, G.M. Dyukova. — M.: Medicina, 2002. — S.20—30, 66—84.
3. Suslina, Z.A. *Insult: ochenka problemy (15 let problemy)* [Stroke: assessment of the problem (15 years of challenges)] / Z.A. Suslina, M.A. Piradov, M.A. Domashenko // *Zhurnal neurologii i psichiatrii* [Journal of Neurology and Psychiatry]. — 2014. — № 11. — S.5—13.
4. Kutlubaev, M. Part II: predictors of depression after stroke and impact of depression on stroke outcome: an updated systematic review of observational studies / M. Kutlubaev, M. Hackett // *Int. J. Stroke*. — 2014. — № 9. — P.1026—1036.

5. Vorob'eva, O.V. Klinicheskie osobennosti depressii v obschemedicinskoj praktike (po rezul'tatam programmy «Kompas») [Clinical features of depression in general practice (results of the program «Compass»)] / O.V. Vorob'eva // Consilium-Medicum [Consilium-medicum]. — 2004. — Т. II, № 6. — С.9—56.
6. An inventory for measuring depression / A. Beck, C. Ward, M. Mendelson [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 1961. — № 4. — P.61—71.
7. D'yakonov, I.F. Psihologicheskaya diagnostika v praktike vracha [Psychological diagnosis in the practice] / I.F. D'yakonov, B.V. Ovchinnikov. — SPb.: SpecLit, 2008. — С.6—54.
8. Using the NIH Stroke Scale to assess stroke patients / J. Spiiker, G. Kongable, C. Barch [et al.]; the NINDS rt-PA Stroke Study Group // J. Neurosci. Nurs. — 1997. — Vol. 29, № 3. — P.84—92.
9. Rankin, J. Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. II. Prognosis / J. Rankin // Scott. Med. J. — 1957. — Vol. 2. — P.15—200.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). — Washington DC: APA, 1994.
11. Orlov, A.I. Prikladnaya statistika: uchebnik [Applied Statistics. Tutorial] / A.I. Orlov. — M.: Ekzamen, 2006. — 671 s.
12. Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as Screening Instruments for Depression in Stroke Patients / I. Aben, F. Verhey, R. Lousberg [et al.] // Psychosomatics. — 2002. — Vol. 43. — P.386—393.
13. Furlanetto, M. The Validity of the Beck Depression Inventory — Short form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients / L. Furlanetto, M. Mendlowiczbc, J. Buenob // J. of Affective Disorders. — 2005. — Vol. 86, № 1. — P.87—91.
14. Ahmadeeva, L.R. Trevozhnye i depressivnye sostoyaniya i ih svyaz' s bolevym sindromom u pacientov, nahodyaschihsya na stacionarnom lechenii [Anxiety and depressive states and their relation to the pain syndrome in hospitalized patients] / L.R. Ahmadeeva, D.R. Teregulova // Problemy zhenskogo zdorov'ya [Problems of women's health]. — 2012. — Т. 7, № 2. — С.23—28.
15. Kutlubaev, M.A. Neuroimmunnye mehanizmy v razviti postinsul'tnoi depressii [Neuroimmune mechanisms in the development of poststroke depression] / M.A. Kutlubaev, L.R. Ahmadeeva // Zhurnal nevrologii i psihiatrii [Journal of Neurology and Psychiatry]. — 2013. — Т. 113, № 2. — С.76—79.
16. Selective serotonin reuptake inhibitors for stroke recovery: a systematic review and meta-analysis / G. Mead, C. Hsieh, R. Lee [et al.] // Stroke. — 2013. — Vol. 44. — P.844—850.

© Г.З. Халимова, А.С. Галявич, М.В. Панасюк, 2015

УДК 616.12-005.4-07:616.153.915-074

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

ГУЛЬНАЗ ЗИННУРОВНА ХАЛИМОВА, соискатель кафедры факультетской терапии и кардиологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, врач-кардиолог отделения кардиологии № 1 Межрегионального клинко-диагностического центра, Казань, Россия, тел. 8-917-225-51-95, e-mail: gulnazm85@mail.ru

АЛЬБЕРТ САРВАРОВИЧ ГАЛЯВИЧ, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской терапии и кардиологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия, тел. 296-16-43, e-mail: agalyavich@mail.ru

МИХАИЛ ВАЛЕНТИНОВИЧ ПАНАСЮК, докт. геогр. наук, проф., ведущий специалист отдела по науке и инновациям Межрегионального клинко-диагностического центра, Казань, Россия, тел. 8-919-639-71-91, e-mail: mp3719@yandex.ru

Реферат. Цель исследования — изучение липидного обмена пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и коморбидной патологией в зависимости от степени стеноза ствола левой коронарной артерии (СЛКА). *Материал и методы.* В исследование включены 138 человек с диагнозом ИБС, поражением СЛКА более 50% и сопутствующей гипертонической болезнью. Выделены группы с сахарным диабетом (СД) — 44 пациента и без СД — 94 пациента. Проведен сравнительный анализ показателей между группами и в подгруппах относительно запланированной операции коронарного шунтирования (КШ) и степени стеноза СЛКА. *Результаты и их обсуждение.* В группе пациентов без СД подгруппы, ожидающие операцию КШ (КШ+) и не ожидающие операцию КШ (КШ-), достоверно различались по показателям «пол», «функциональный класс стенокардии напряжения». В группе пациентов с СД выявлены достоверные различия по показателям холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП). Для пациентов без СД выделены подгруппы с относительно высоким (85,51%) и низким (63,68%) стенозами. Средние значения общего холестерина (ОХ) и ЛПНП в подгруппах отличались незначительно. В группе пациентов с СД выделены подгруппы со средним стенозом 78,9% и 60,6% соответственно, где выявлены достоверные различия по показателям ОХ и ЛПНП. Сравнение подгрупп с меньшим стенозом СЛКА (63,7% в группе без СД и 60,6% в группе с СД) достоверные различия по показателям ОХ и ЛПНП не выявило. В подгруппах с большим стенозом (соответственно 85,5% и 78,9%) определены достоверные различия по данным показателям. *Заключение.* Сахарный диабет, степень стеноза СЛКА существенно влияют на показатели липидного обмена пациентов с ИБС и значимым стенозом СЛКА.

Ключевые слова: ствол левой коронарной артерии, ишемическая болезнь сердца, коронарное шунтирование, сахарный диабет.