

СОСТОЯНИЕ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У БОЛЬНЫХ С ЭКСТРАСИСТОЛИЧЕСКОЙ АРИТМИЕЙ

При обследовании 223 больных с экстрасистолической аритмией разной этиологии с использованием шкал для выявления депрессий и тревог установлено, что на выраженность депрессивных и тревожных расстройств не влияет пол обследуемых больных, а также вид нарушения сердечного ритма. Установлено также, что на выраженность депрессии и тревоги у больных с экстрасистолией оказывает влияние этиология заболевания. Так, нами установлено, что при ИБС и МКД депрессивные и тревожные расстройства более выражены, чем при НЦД. Выявлено, что депрессивные и тревожные состояния и сердечно-сосудистые заболевания не следует рассматривать как не зависящие друг от друга, параллельно существующие патологические состояния, между ними имеется взаимосвязь и взаимовлияние. Соответственно, если у пациента с экстрасистолической аритмией выявляются депрессивные или тревожные расстройства, в комплекс проводимой терапии кроме антиаритмических препаратов, вероятно, целесообразно включать и антидепрессанты.

Каждый человек в течение жизни переносит спорадические или повторяющиеся нарушения сердечного ритма и проводимости сердца, обычно остающиеся без последствий. У части людей сердечные аритмии приобретают клиническое значение. Число таких больных в последние годы, несомненно, растет [2; 4].

Экстрасистолия относится к одному из наиболее распространенных видов аритмий. В самом общем виде экстрасистолы можно разделить на функциональные и органические. Функциональные экстрасистолы не влияют на физическую активность человека и не отражаются на его гемодинамике [7; 10]. К функциональным также относят экстрасистолы психогенного (нейрогенного) происхождения [5; 8].

Иначе оцениваются экстрасистолы у людей с органическими заболеваниями. В основе могут лежать такие процессы, как ишемия, воспаление, гипертрофия миокарда с повышенной нагрузкой, пороки сердца и др. [4; 12].

Лица, которым свойственны невротические реакции, и просто чрезмерно чувствительные люди переносят экстрасистолию болезненно. Для них экстрасистолия – это «крик сердца о помощи» [4].

Плохая субъективная переносимость нарушений ритма сердца вызывает появление тревожных и депрессивных расстройств, усугубляет течение других заболеваний [18].

Среди психических расстройств, наблюдаемых у больных с аритмиями, депрессивные и тревожные состояния относятся к числу наиболее распространенных. По данным разных авторов, от 5 до 12% больных, находящихся в стационаре по поводу аритмии,

страдают аффективными (депрессивными) расстройствами, причем коморбидность депрессивного состояния при аритмиях рассматривается как неблагоприятный фактор, негативно влияющий на проявления и даже исход соматической патологии [1; 10; 13; 15].

В качестве одного из клинически значимых факторов, обуславливающих рост частоты депрессий, наряду с процессом урбанизации, стрессогенными событиями, повышением средней продолжительности жизни, миграцией и другими социальными тенденциями рассматривается более полное выявление аффективных расстройств, и прежде всего у пациентов общемедицинской сети [9; 19].

Сегодня становится очевидным, что депрессию и сердечно-сосудистые заболевания не следует рассматривать как не зависящие друг от друга, параллельно существующие патологические состояния, между ними имеются взаимосвязь и взаимовлияние [3; 11].

Целью данной работы явилось выявление зависимости степени депрессии и тревоги у больных с экстрасистолической аритмией от вида нарушений ритма и от нозологии.

Материалы и методы исследования

В обследование включено 223 больных с экстрасистолической аритмией, проявляющейся в виде желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии, а также политопными аллоритмиями, развившимися на фоне ишемической болезни, миокардиодистрофии и нейродисциркуляторной дистонии. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Обязательными условиями включения больных в протокол исследования были: наличие экстрасистолической аритмии как главного, ведущего синдрома заболевания; отсутствие у них тяжелой органной патологии, преобладающей над экстрасистолической аритмией и нуждающейся в интенсивной терапии; больные без психических заболеваний в анамнезе и у близких родственников; добровольное согласие больного на участие в исследовании.

Всем больным проводилось общеклиническое исследование, включавшее электрокардиографию в 12 общепринятых отведениях, эхокардиографию (эхокардиограф Н 40А «Аюка»). Для качественной и количественной оценки нарушений ритма сердца применялось суточное мониторирование ЭКГ по методу Холтера с помощью отечественного аппарата «Холтер – ДМС» (КСНР-2-ЭКГ-ДМС, Кардиотехника-4000, Россия) с использованием двух однополюсных отведений (модифицированные V2, V5).

Оценивалась средняя частота сердечных сокращений за сутки, общее количество желудочковых и наджелудочковых экстрасистол (каждого вида в отдельности) также за сутки. Уровень желудочковой эктопической активности оценивали по классификации Лауна – Вольфа (1971) и Забела П.В. (1979) [4].

Для уточнения генеза экстрасистолии, функционального или органического они происхождения, всем больным проводилась велоэргометрическая проба.

Для оценки показателей качества жизни использовали анкету «Жизнь больного с аритмией», разработанную на кафедре внутренних болезней №1 Оренбургской государственной медицинской академии [6]. Оценка состояния депрессии производилась с использованием шкал Монтгомери - Асберга [16; 17], Цунга [20], состояние тревоги – с помощью шкал Кови [14], Цунга [20].

Полученные результаты и их обсуждение

При оценке выраженности депрессивных и тревожных расстройств у 223 больных с экстрасистолической аритмией с использованием шкалы Цунга признаки депрессии отсутствовали у 100 (44,8%) больных, депрессивные расстройства легкой степени выявлены у 81 (36,3%) больного, средней степени тяжести – у 40 (17,9%) больных и тяжелой степени – у 2 (1%) больных.

При использовании шкалы Монтгомери - Асберга депрессивные расстройства отсутствовали у 148 (66,3%) больных, депрессия легкой степени выраженности выявлена – у 57 (25,6%) больных, средней степени тяжести – у 7 (3,1%) больных и тяжелой степени у 11 (5%) больных.

Тревожные расстройства при оценке с использованием шкалы тревоги Цунга отсутствовали у 119 (53,4%) больных, тревога легкой степени выявлена у 74 (33,2%) больных, тревога средней степени тяжести – у 25 (11,2%) больных и тяжелой степени – 5 (2,2%) больных.

Таблица 1. Распределение больных с экстрасистолической аритмией по полу и возрасту

Причина аритмии	Кол-во больных			Средний возраст		
	М	Ж	Всего	М	Ж	Всего
ИБС	40	29	69	52,5±0,78	56,4±0,86	53,7±0,64
МКД	32	63	85	46,2±1,11	45,9±0,73	46,0±0,61
НЦД	31	36	67	27,7±1,5	26,1±1,25	26,8±0,96

Таблица 2. Выраженность депрессивных и тревожных расстройств у больных с экстрасистолической аритмией в зависимости от пола

	Мужчины (n = 98)	Женщины (n = 125)	P
Уровень депрессии по шкале Цунга, баллы	40,1±0,9	40,1±2,0	P>0,05
Уровень депрессии по шкале Монтгомери - Асберга, баллы	13,3±0,7	14,1±1,1	P>0,05
Уровень тревоги по шкале Цунга, баллы	38,4±0,8	40,9±1,5	P>0,05
Уровень тревоги по шкале Кови, баллы	3,0±0,2	3,4±0,2	P>0,05

При использовании шкалы Кови тревожные расстройства отсутствовали у 142 (63,7%) больных, тревожные расстройства выявлены у 27 (12,1%) больных, депрессивные – у 54 (24,2%) больных.

Депрессивные расстройства в сочетании с редкой экстрасистолией, всего больных с редкой экстрасистолией 162, с использованием шкалы Цунга отсутствовали у 113 (69,8%) больных, а в сочетании с частой экстрасистолией, всего 61 больной, – у 49 (80,3%) больных. Наличие депрессивных расстройств в сочетании с редкой экстрасистолией наблюдалось у 49 (30,2%) больных, а в сочетании с частой экстрасистолией – у 12 (19,7%) больных.

Депрессивные расстройства в сочетании с редкой экстрасистолией с использованием шкалы Монтгомери - Асберга отсутствовали у 108 (66,7%) больных, а в сочетании с частой экстрасистолией – у 41 (67,2%) больного. Наличие депрессивных расстройств в сочетании с редкой экстрасистолией наблюдалось у 54 (33,3%) больных, а в сочетании с частой экстрасистолией – у 20 (32,8%) больных.

Тревожные расстройства в сочетании с редкой экстрасистолией с использованием шкалы Цунга отсутствовали у 112 (69,1%) больных, а в сочетании с частой экстрасистолией – в 44 (72,1%) случаях. Наличие тревоги в сочетании с редкой экстрасистолией выявлено у 50 (30,9%) больных, а с частой экстрасистолией наблюдалось у 17 (27,9%) больных.

Тревожные и депрессивные расстройства в сочетании с редкой экстрасистолией – с использованием шкалы Кови отсутствовали у 102 (63%) больных, а в сочетании с частой экстрасистолией в 39 (63,9%) случаях. Наличие тревоги в сочетании с редкой экстрасистолией выявлено у 8 (5%) больных, а наличие депрессии в сочетании с редкой экстрасистолией регистрировалось у 52 (32%) больных. Наличие тревожных расстройств в сочетании с частой экстрасистолией наблюдалось у 4 (6,6%) больных, а депрессивные расстройства в сочетании с частой экстрасистолией – у 18 (29,5%) больных.

В целом по всей группе больных с экстрасистолией средний суммарный показатель депрессии с использованием шкалы Цунга составил $40,1 \pm 0,51$ балла, у мужчин и у женщин он

достоверно не различался ($40,1 \pm 0,9$ балла и $40,1 \pm 1,96$ балла соответственно). Показатель депрессии по шкале Монтгомери - Асберга равен $13,74 \pm 0,5$ балла, у мужчин это – $13,32 \pm 0,71$ балла, а у женщин соответственно – $14,08 \pm 1,14$ балла. Достоверной разницы между показателями уровня депрессии у мужчин и женщин не выявлено ($p > 0,05$). Средний суммарный показатель тревоги с использованием шкалы Цунга составил $39,78 \pm 0,61$ балла, у мужчин он равен $38,41 \pm 0,8$ балла и у женщин – $40,86 \pm 1,52$ балла, достоверно уровень тревоги не различался ($p > 0,05$). Показатель тревоги по шкале Кови составил $3,23 \pm 0,14$ балла, соответственно у мужчин это $3,04 \pm 0,2$ балла, а у женщин – $3,38 \pm 0,19$ балла, достоверной разницы не отмечалось ($p > 0,05$). Распределение больных с экстрасистолической аритмией в зависимости от пола с учетом выраженности уровня депрессии и тревоги представлено в таблице 2.

Нами проанализированы уровень депрессии и тревоги у больных с экстрасистолической аритмией разной этиологии. Выявлено, что суммарный показатель депрессии по шкале Цунга у больных с ИБС равен $41,3 \pm 0,87$ балла, с МКД он составил $41,72 \pm 1,07$ балла и с НЦД – $36,76 \pm 1,1$ балла, а с использованием шкалы Монтгомери - Асберга при ИБС – $14,20 \pm 0,8$ балла, при МКД – $14,62 \pm 0,93$ балла и при НЦД – $12,1 \pm 0,75$ балла. Средний суммарный показатель тревоги по шкале Цунга при ИБС составил $39,07 \pm 0,88$ балла, при МКД равен $41,71 \pm 0,88$ балла и при НЦД – $37,39 \pm 1,02$ балла. А суммарный показатель тревоги по шкале Кови при ИБС равен $3,38 \pm 0,22$ балла, при МКД составил $3,48 \pm 0,22$ балла и при НЦД – $2,75 \pm 0,2$ балла. Как видно из таблицы 3, достоверные различия в уровнях депрессии и тревоги получены у больных с использованием шкалы Цунга, Монтгомери - Асберга и Кови при сравнении групп ИБС и НЦД. Достоверная разница также выявлена в уровне депрессии и тревоги у больных с МКД и НЦД с использованием шкалы депрессии по Цунгу, самооценки тревоги по Цунгу и Кови. Распределение больных с экстрасистолической аритмией в зависимости от нозологии с учетом выраженности уровня депрессии и тревоги представлено в таблице 3.

Выделены две подгруппы из всех больных с суправентрикулярными и желудочковыми экстрасистолами. Средней суммарный показатель депрессии с использованием шкалы Цунга у больных с суправентрикулярной экстрасистолией составил $39,49 \pm 0,87$ балла, у больных с желудочковой экстрасистолией средний суммарный показатель депрессии по шкале Цунга равен $40,47 \pm 0,85$ балла. Достоверной разницы в уровне депрессии с использованием шкалы Цунга у больных с суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолией не выявлено ($p > 0,05$).

Показатель депрессивных расстройств с использованием шкалы Монтгомери - Асберга у больных с суправентрикулярной экстрасистолией составил $13,41 \pm 0,63$ балла, у больных с желудочковой экстрасистолией этот показатель равен $13,85 \pm 0,75$ балла. Достоверной разницы в уровне депрессии по шкале Монтгомери - Асберга у больных с суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолией не выявлено ($p > 0,05$). Средний суммарный показатель тревожных расстройств с использованием шкалы Цунга у больных с суправентрикулярной экстрасистолией составил $38,49 \pm 0,89$ балла, у больных с желудочковой экстрасистолией этот показатель равен $40,93 \pm 0,83$ балла. Достоверной разницы в уровне тревоги по шкале Цунга у больных с суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолией нет

($p > 0,05$). Средний суммарный уровень тревоги с использованием шкалы Кови у больных с суправентрикулярной экстрасистолией равен $3,15 \pm 0,21$ балла, у больных с желудочковой экстрасистолией этот показатель составил $3,21 \pm 0,18$ балла. Достоверной разницы в уровне тревоги с использованием шкалы Кови у больных с суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолией нет ($p > 0,05$). Распределение больных с различными видами экстрасистолии в зависимости от уровня депрессии и тревоги представлено в таблице 4.

При анализе суммарных показателей депрессии и тревоги у больных с различной природой нарушения ритма получены следующие данные: средний суммарный показатель депрессии с использованием шкалы Цунга у больных с суправентрикулярной экстрасистолией при ИБС составил $41,0 \pm 1,27$ балла, при МКД это $41,29 \pm 1,56$ балла и при НЦД – $36,03 \pm 1,51$ балла. У больных с желудочковой экстрасистолией уровень депрессии по шкале Цунга при ИБС был равен $41,35 \pm 1,17$ балла, при МКД он составил $41,94 \pm 1,43$ балла, и при НЦД это $36,9 \pm 1,63$ балла. Суммарный показатель депрессии с использованием шкалы Монтгомери - Асберга у больных с суправентрикулярной экстрасистолией при ИБС составил $14,0 \pm 1,19$ балла, при МКД он равен $14,66 \pm 1,02$ балла, и при НЦД это $11,48 \pm 0,98$ балла. У больных с же-

Таблица 3. Выраженность депрессивных и тревожных расстройств у больных с экстрасистолической аритмией в зависимости от нозологии

Нозология	Уровень депрессии по шкале Цунга (баллы)	Уровень депрессии по шкале Монт.-Асб. (баллы)	Уровень тревоги по шкале Цунга (баллы)	Уровень тревоги по шкале Кови (баллы)
ИБС (n = 69)	$41,3 \pm 0,87$ *	$14,2 \pm 0,8$ *	$39,07 \pm 0,88$	$3,38 \pm 0,22$ *
МКД (n = 87)	$41,72 \pm 1,07$ #	$14,62 \pm 0,93$	$41,71 \pm 1,13$ #	$3,48 \pm 0,26$ #
НЦД (n = 67)	$36,76 \pm 1,1$	$12,1 \pm 0,75$	$37,39 \pm 1,02$	$2,75 \pm 0,2$

Обозначения: * - $p < 0,05$ при сравнении групп ИБС и НЦД; # - $p < 0,05$ при сравнении групп МКД и НЦД

Таблица 4. Уровень депрессии и тревоги у больных с различными видами экстрасистолии

	СВЭ (n = 102)	ЖЭ (n = 121)	P
Уровень депрессии по шкале Цунга, баллы	$39,49 \pm 0,87$	$40,47 \pm 1,23$	$P > 0,05$
Уровень депрессии по шкале Монтгомери - Асберга, балл	$13,4 \pm 0,63$	$13,85 \pm 0,75$	$P > 0,05$
Уровень тревоги по шкале Цунга, баллы	$38,49 \pm 0,89$	$40,93 \pm 0,83$	$P > 0,05$
Уровень тревоги по шкале Кови, баллы	$3,15 \pm 0,21$	$3,21 \pm 0,18$	$P > 0,05$

Обозначения: СВЭ – суправентрикулярная экстрасистолия; ЖЭ – желудочковая экстрасистолия.

Таблица 5. Выраженность депрессивных и тревожных расстройств у больных с суправентрикулярной экстрасистолией в зависимости от нозологии

Нозология	Депрессия по шкале Цунга (баллы)	Депрессия по шкале Монт. - Асб. (баллы)	Тревога по шкале Цунга (баллы)	Тревога по шкале Кови (баллы)
ИБС (n = 34)	41,0±1,27*	14,0±1,19	38,18±1,03	3,18±0,32
МКД (n = 35)	41,29±1,56#	14,66±1,02#	36,06±1,61#	3,74±0,46#
НЦД (n = 33)	36,03±1,51	11,48±0,98	34,85±1,42	2,48±0,26

Обозначения: * - $p < 0,05$ при сравнении групп ИБС и НЦД; # - $p < 0,05$ при сравнении групп МКД и НЦД

Таблица 6. Выраженность депрессивных и тревожных расстройств у больных с желудочковой экстрасистолией в зависимости от нозологии

Нозология	Депрессия по шкале Цунга (баллы)	Депрессия по шкале Монт. - Асб. (баллы)	Тревога по шкале Цунга (баллы)	Тревога по шкале Кови (баллы)
ИБС (n = 37)	41,35±1,17*	14,38±1,05	41,16±1,36	3,46±0,3
МКД (n = 53)	41,94±1,43#	14,49±1,38	41,36±1,43	3,26±0,31
НЦД (n = 31)	36,9±1,63	12,13±1,16	39,9±1,4	2,81±0,3

Обозначения: * - $p < 0,05$ при сравнении групп ИБС и НЦД; # - $p < 0,05$ при сравнении групп МКД и НЦД

лудочковой экстрасистолией этот показатель при ИБС равен 14,38±1,05 балла, при МКД это 14,49±1,38 балла и при НЦД – 12,13±1,16 балла. Средний показатель тревоги с использованием шкалы Цунга у больных с суправентрикулярной экстрасистолией при ИБС равен 38,18±1,03 балла, при МКД он составил 36,06±1,61 балл и при НЦД – 34,85±1,42 балла. У больных с желудочковой экстрасистолией уровень тревоги по шкале Цунга при ИБС составил 41,16±1,36 балла, при МКД он равен 41,36±1,43 балла, и при НЦД это 39,9±1,4 балла. Средний суммарный показатель тревоги с использованием шкалы Кови у больных с суправентрикулярной экстрасистолией при ИБС равен 3,18±0,32 балла, при МКД он составил 3,74±0,46 балла и при НЦД – 2,48±0,26 балла. У больных с желудочковой экстрасистолией уровень тревоги по шкале Кови при ИБС составил 3,46±0,3 балла, при МКД он равен 3,26±0,31 балла, и при НЦД это 2,81±0,3 балла. Как видно из таблицы 5, достоверные различия в уровне депрессии и тревоги получены у больных с суправентрикулярной экстрасистолией с использованием шкалы Цунга при сравнении групп ИБС и НЦД, а также по всем шкалам, которые мы использовали для выявления депрессивных и тревожных расстройств при сравнении групп больных с МКД и НЦД. Из таблицы 6 видно, что достоверные различия

уровня депрессии у больных с желудочковой экстрасистолией выявлены только с использованием шкалы Цунга, как при сравнении групп ИБС и НЦД, так и при сравнении групп МКД и НЦД. Распределение больных с суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолией в зависимости от нозологии с учетом выраженности уровня депрессии и тревоги представлено в таблицах 5 и 6.

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует о том, что достоверной разницы в уровне депрессии и тревоги между мужчинами и женщинами не выявлено. Также не получено достоверной разницы в уровне депрессии и тревоги у больных с суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолией. Но достоверные различия этих показателей наблюдались нами при сравнении групп больных с ИБС и НЦД при использовании шкал Цунга, Монтгомери - Айсберга и Кови. Депрессивные и тревожные расстройства были более выражены у больных с ИБС. Такая же достоверная разница была получена и при сравнении групп больных с МКД и НЦД с использованием шкалы депрессии по Цунгу, самооценки тревоги по Цунгу и Кови, где наиболее выражен уровень депрессии и тревоги у больных с МКД, хотя достоверной разницы в выраженности депрессивных и тревожных расстройств у больных с ИБС и МКД не выявлено.

Достоверная разница показателей депрессии и тревоги получена у больных с суправентрикулярной экстрасистолией с использованием шкалы Цунга при сравнении групп ИБС и НЦД и по всем шкалам, которые мы использовали для выявления депрессии и тревоги при сравнении групп

больных с МКД и НЦД. Достоверные различия уровня депрессии у больных с желудочковой экстрасистолией выявлены только с использованием шкалы Цунга, как при сравнении групп больных с ИБС и НЦД, так и при сравнении групп больных с МКД и НЦД.

Список использованной литературы:

1. Ардашев В.Н., Стеклов В.И. Лечение нарушений сердечного ритма. М., 2000; 6-7.
2. Березин Ф.Б., Недоступ А.В. Психофизиологические соотношения у больных с постоянной мерцательной аритмией / Тер. архив 1982; 5; 1-84.
3. Дробижев М.Ю., Печерская М.Б., Лебедева О.И. и др. Психофармакотерапия депрессий у больных с сердечно-сосудистой патологией / IV Рос. нац. конгресс «Человек и лекарство». Тез. докл. М., 1997; 197.
4. Кушаковский М.П. Аритмии сердца / СПб, 1992; 192-198.
5. Кисляк О.А., Савицкая О.В., Сторожакова Г.И., Селиванов А.И. Аритмический синдром при вегетативной дистонии у лиц молодого возраста // Кардиология 1993; 4; 40-42.
6. Либис Р.А., Коц Я.И., Прокофьев А.Б. Оценка качества жизни у больных с аритмиями // Кардиология. -1998. - № 3. – С. 49-51.
7. Липницкий Т.Н., Денисюк В.И., Сизова М.П. Клинико-патогенетические формы экстрасистолической аритмии и принципы их дифференциального лечения // Кардиология 1994; 34; 11; 43-46.
8. Мазур Н.А. Островская Т.П., Кокурина Е.В. и др. Распространенность нарушений сердечного ритма выборочной популяции // Бюлл. Всесоюз. кардиол. науч. центра 1980; 2; 63-67.
9. Осипов Г.В. Аритмии у больных неврозом // Казан. мед. журнал 1970; 6; 26-27.
10. Смирнов Г.Б. Нагрузочные пробы в диагностике и прогностической оценке желудочковых аритмий // Диагностика и лечение аритмий и блокад сердца / Под ред. М.С. Кушаковского. 1986; 19-23.
11. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Диагностика и фармакотерапия депрессий у соматических больных // Депрессии и коморбидные расстройства. Под ред. А.Б. Смулевича. М., 1997; 250-260.
12. Эрман А.Э. Возможности применения нового антидепрессанта тианептина у пациентов с желудочковыми нарушениями ритма ишемического генеза // Вестник аритмолога 2001; 21; 43-45.
13. Bigger J.T. Current approaches to drug treatment of ventricular arrhythmias // Amer. J. Cardiol. 1987; 60; 10-20.
14. Covi L., Lipman R., Mc Nair DM., Crezlinisky T. Symptomati volunteers in multicenter drug trials. Progr Neuropsychopharmacol. 1979; 3: 521.
15. Messori T., Feleppa M., Mersone G. et al. // Minevra cardiol 1983; 31; 111-114.
16. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979; 134: 382-389.
17. Musselman DL., Evans DL., Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease // Arch Gen Psychiatry 1998; 55; 580-592.
18. Sharma M., Nair N. P. V. Neurochemical and receptor theories of depression. // Psychiat. J. Univ. Ottawa 1989; 14; 328-341.
19. Weld E., Bigger J. Electrophysiological effects of imipramine on ovine cardiac Purkinje and ventricular muscle fibers // Circ Res. 1980; 46; 167-175.
20. Zung WWK. Assesment of anxiety disorders; gualifave and quantitative approaches. In: Fann WE, Karacan I, Pokorny A, Williams R, eds: Phenomenology and Treatment of Anxiety. New York: Spectrum Publications; 1979.

Статья поступила в редакцию 24.06.07