

## КОРРЕКЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

О. Н. ТАРАНИНА, М. В. СИЛЮТИНА, В. А. БОРИСОВ

*Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж*

### Сведения об авторах:

**Ольга Николаевна Таранина** - Аспирант, Ассистент, Кафедра Физиотерапии, Курортологии, Гериатрии и Традиционной Китайской Медицины ИДПО, Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования "Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Россия, e-mail: oltaniks@list.ru

**Марина Владиславовна Силютин** – Кандидат Медицинских Наук, Доцент, Кафедра Физиотерапии, Курортологии, Гериатрии и Традиционной Китайской Медицины ИДПО, Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования "Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Россия, e-mail: marinad@mail.ru

**Вячеслав Алексеевич Борисов** – Доктор Медицинских Наук, Заведующий Кафедрой, Профессор, Кафедра Физиотерапии, Курортологии, Гериатрии и Традиционной Китайской Медицины ИДПО, Федеральное государственное бюджетное учреждение высшего образования "Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Воронеж, Россия, e-mail: taranina.vsmu@yandex.ru

**Введение.** Сочетание хронической сердечной недостаточности с депрессивными расстройствами приводит не только к затруднению диагностики заболеваний, но и к ухудшению качества жизни пациентов старших возрастных групп. В связи с этим, необходимо вовремя выявлять и уметь корректировать данные расстройства. Целью исследования являлось повышение эффективности лечения депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп, страдающих хронической сердечной недостаточностью.

**Методы.** Для коррекции хронической сердечной недостаточности на фоне депрессивных расстройств применялись следующие способы:

1. Стандартная терапия ХСН моноприл – начиная с 5 мг, конкор – начиная с 1,25 мг, верошпирон 25 мг утром, кардиомагнил 75 мг по 1 таб вечером);
2. Стандартная терапия ХСН в сочетании с антидепрессантом тритико;
3. Стандартная терапия ХСН в сочетании со светотерапией;
4. Стандартная терапия ХСН в сочетании с плацебо.

**Результаты.** При применении стандартной терапии ХСН в сочетании со светотерапией было у всех пациентов отмечено увеличение толерантности к физической нагрузке и снижение уровня депрессивных расстройств. При этом положительный эффект наблюдался гораздо раньше, чем при остальных методах лечения.

**Выводы.** Применение светотерапии в комплексном лечении хронической сердечной недостаточности на фоне депрессивных расстройств является эффективным методом коррекции данной патологии у лиц старших возрастных групп.

**Ключевые слова:** сердечная недостаточность, депрессии, светотерапия, антидепрессанты.

### Введение

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является финальной стадией различных заболеваний сердца, при котором оно неспособно обеспечивать выброс в циркуляцию такого количества оксигенированной крови, которое могло бы удовлетворить потребности тканей. Данное состояние характеризуется истощением резервных возможностей миокарда и системных компенсаторных механизмов. При этом больные часто предъявляют жалобы на одышку, общую слабость, утомляемость, сердцебиение и наличие отеков.

С увеличением доли лиц пожилого возраста возрастает и распространенность ХСН. При этом особенностью ХСН у лиц

старших возрастных групп является наличие нескольких этиологических факторов, приводящих к ее развитию.

ХСН у лиц старших возрастных групп всегда сопровождается другими заболеваниями и состояниями. При этом одновременное наличие нескольких заболеваний изменяет клиническую картину. Это затрудняет диагностику, выбор оптимального лечения и приводит к снижению качества жизни. Часто у таких пациентов наблюдается низкая приверженность к лечению. Это может быть обусловлено такими факторами, как нежелание пациента принимать большое количество препаратов, наличие побочных эффектов лекарственных препаратов и их недостаточная доступность. Кроме того, низкая при-

верженность к лечению может наблюдаться и при сочетании ХСН с тревожно-депрессивными расстройствами.

В настоящее время в большинстве исследований подтверждено отрицательное действие тревожно-депрессивных расстройств на прогноз ишемической болезни сердца. Принято считать, что депрессивные расстройства могут неблагоприятно влиять на течение ХСН, способствуя увеличению количества госпитализаций, их продолжительности, ухудшению качества жизни и даже росту смертности [1–3].

Известно, что существует прямая зависимость между течением тревожно-депрессивных расстройств и ХСН. К последствиям действия депрессии и тревоги на организм пациента относят гиперреактивность гипоталамо-гипофизарной системы. Это приводит к гиперкортизолемии, и инсулинорезистентности, гиперпродукции стероидов, повышению артериального давления (АД), увеличению частоты сердечных сокращений, снижению вариабельности сердечного ритма, спазму коронарных артерий, повышению свертываемости крови, прогрессированию атеросклероза, а также усиливается повреждение клеток эндотелия сосудов. Все выше перечисленные изменения являются факторами развития и прогрессирования ХСН.

Еще одной проблемой является сочетание симптоматики ХСН и депрессивных расстройств. Заподозрить депрессию при исключительно соматических жалобах можно по наличию у пациента признаков депрессии. У таких больных часто наблюдается снижение настроения, выраженная утомляемость, упадок сил. Часто отмечается пессимистический взгляд на происходящее и негативные суждения. Все эти проявления наблюдаются достаточно продолжительное время. Также характерным является цикличность течения соматических расстройств при депрессии. Нередко наблюдается отсутствие соответствия между субъективным самочувствием больного и объективным статусом. Характерным является неэффективность терапии соматического заболевания. В связи с этим необходимо искать новые подходы к лечению данной группы пациентов.

**Целью** исследования являлось повышение эффективности лечения депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп, страдающих хронической сердечной недостаточностью.

#### Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 100 пациентов в возрасте 60–87 лет. У всех пациентов была хроническая сердечная недостаточность II–III ФК по NYHA [4] и депрессивные расстройства различной степени выраженности.

Критерии включения в исследование:

- информированное согласие пациента,
- возраст пациентов старше 60 лет,
- наличие хронической сердечной недостаточности II–III ФК по NYHA,
- наличие депрессии.

Критерии исключения из исследования:

- отказ пациента от участия в исследовании,
- хроническая сердечная недостаточность I и IV ФК по NYHA,
- острая декомпенсация сердечной недостаточности,
- тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости,
- алкоголизм,
- тяжелые психические расстройства,
- наличие противопоказаний к применяемой терапии.

Диагноз ХСН устанавливался в соответствии с рекомендациями ВНОК и ОССН [5]. Всем больным проводилось комплексное клиничко-инструментальное и лабораторное исследование с анализом анамнеза, жалоб и объективных методов исследования. Для определения функционального класса ХСН и оценки толерантности к физической нагрузке использовался тест 6-минутной ходьбы [5], Шкала оценки клинического состояния больного ХСН (ШОКС) (в модификации Мареева В. Ю.) [5]. Для определения выраженности депрессивных расстройств применялись психометрические шкалы: HADS [6] и шкала Бэка [7], консультации психотерапевта.

#### Результаты исследования

На момент отбора и распределения в группы у всех пациентов была хроническая сердечная недостаточность II–III ФК по NYHA на фоне депрессивных расстройств легкой и средней степени тяжести. Пациенты предъявляли жалобы на одышку (100%) и боли за грудиной (90%) при физических нагрузках, слабость (90%), утомляемость (88%), головную боль (80%), головокружение (68%), снижение памяти (86%), нарушение сна (66%). При более детальном опросе удалось выяснить, что большинство пациентов также беспокоит тревожность, снижение настроения, снижение умственной работоспособности и нарушение концентрации внимания.

Все пациенты были разделены на 4 равнозначные группы по 25 человек:

1. Пациенты, получавшие стандартную терапию ХСН (моноприл – начиная с 5 мг, конкор – начиная с 1,25 мг, верошпирон 25 мг утром, кардиомагнил 75 мг по 1 таб вечером)

2. Пациенты, получавшие стандартную терапию ХСН в сочетании с приемом антидепрессанта тритико (100–150 мг 1 раз в день. Курс лечения – 6 недель).

3. Пациенты, получавшие стандартную терапию ХСН в сочетании со светотерапией (Для физиотерапевтического лечения применялся прибор «БИОПТРОН Про». Воздействие производилось на область лица в течение 2 минут и на область левого локтевого сгиба в течение 4 минут, зазор 60 см, 1 раз в день, ежедневно. Курс лечения – 21 день).

4. Пациенты, получавшие стандартную терапию ХСН в сочетании с плацебо (Для воздействия на пациента применялась настольная лампа. Воздействие производилось на область лица в течение 2 минут и на область левого локтевого сгиба в течение 4 минут, зазор 60 см, 1 раз в день, ежедневно. Курс воздействия – 21 день).

Обследование проводилось до начала лечения, через 3 недели после начала лечения и через 6 недель после начала лечения. При оценке физического и психического статуса пациентов

учитывали возрастные нормы, повседневное функционирование пациента, использовали данные анамнеза, полученные от пациента и его ближайшего окружения.

По данным двух психометрических шкал: HADS и шкала Бэка, а также по заключению врача-психотерапевта легкая депрессия была выявлена у 28 пациентов (28%), депрессия средней тяжести - у 72 пациентов (72%) (рис. 1).

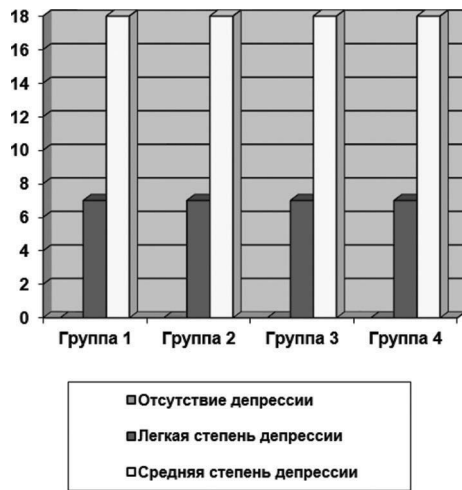


Рис. 1. Распределение пациентов по группам в зависимости от выраженности депрессивных расстройств до начала лечения

По данным теста 6-минутной ходьбы, ШОКС и пробы с 20 приседаниями у 46 пациентов (46%) была выявлена ХСН II ФК по NYHA, у 54 пациентов (54%) – ХСН III ФК по NYHA. (рис. 2).

По результатам теста 6-минутной ходьбы среднее количество метров, пройденное за 6 минут составило  $284,98 \pm 0,38$  м. (в первой группе – 285,08 м, во второй группе – 284,80 м, в третьей группе – 285,36 м, в четвертой группе – 284,68 м).

По данным ШОКС средний балл составил  $6,61 \pm 0,07$ . (в первой группе – 6,68, во второй группе – 6,56, в третьей группе – 6,64, в четвертой группе – 6,56).

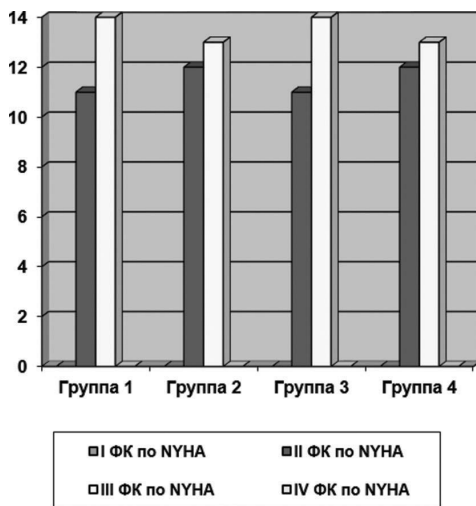


Рис. 2. Распределение пациентов согласно ФК по NYHA до начала лечения

В ходе повторного обследования через 3 недели после начала лечения были получены следующие результаты.

У пациентов первой группы через 3 недели после начала лечения отмечалось незначительное улучшение состояния: уменьшились боли за грудиной и одышка при ходьбе. По данным психометрических шкал положительной динамики выявлено не было.

У пациентов второй группы через 3 недели после начала лечения отмечалось незначительное улучшение состояния: уменьшились боли за грудиной и одышка при ходьбе, уменьшилась головная боль. По данным психометрических шкал положительной динамики выявлено не было.

У пациентов третьей группы через 3 недели после начала лечения отмечалось улучшение состояния: уменьшились боли за грудиной и одышка при ходьбе, уменьшилась головная боль, улучшилось настроение. Также пациенты данной группы отметили небольшое улучшение умственной работоспособности, повышение концентрации внимания и уменьшение уровня тревожности. По результатам данных психометрических шкал у всех пациентов выявлено снижение уровня депрессии и тревожности.

У пациентов четвертой группы через 3 недели после начала лечения отмечалось улучшение состояния: уменьшились боли за грудиной и одышка при ходьбе. По результатам данных психометрических шкал выявлено снижение уровня депрессии и тревожности у 8% пациентов (рис. 3).

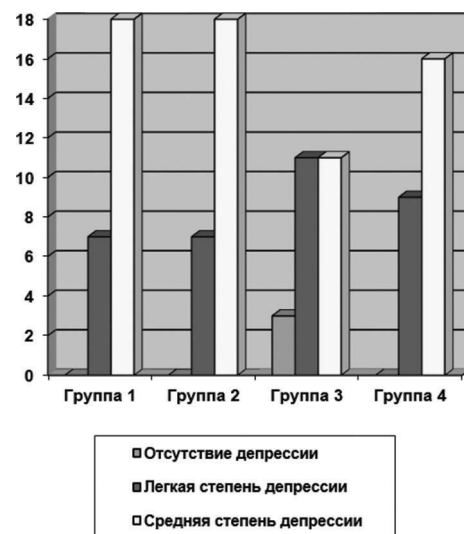


Рис. 3. Распределение пациентов по группам в зависимости от выраженности депрессивных расстройств через 3 недели после начала лечения

По результатам теста 6-минутной ходьбы у пациентов первой группы через 3 недели после начала лечения статистически значимой положительной динамики выявлено не было. Среднее количество метров, пройденное за 6 минут составило 285,24 м. По результатам ШОКС средний балл в данной группе составил 6,64.

При проведении теста 6-минутной ходьбы у пациентов второй группы через 3 недели после начала лечения выявлено увеличение толерантности к физической нагрузке. Среднее количество метров, пройденное за 6 минут составило 290,52 м. По результатам ШОКС средний балл в данной группе составил 6,48.

При проведении теста 6-минутной ходьбы у пациентов третьей группы через 3 недели после начала лечения выявлено увеличение толерантности к физической нагрузке. Среднее количество метров, пройденное за 6 минут составило 298,92 м. По результатам ШОКС средний балл в данной группе составил 6,04.

При проведении теста 6-минутной ходьбы у пациентов четвертой группы через 3 недели после начала лечения выявлена незначительная положительная динамика. Среднее количество метров, пройденное за 6 минут составило 286 м. По результатам ШОКС средний балл в данной группе составил 6,56.

У пациентов четвертой группы через 3 недели после начала лечения отмечалось улучшение состояния: уменьшились боли за грудиной и одышка при ходьбе. По результатам теста 6-минутной ходьбы выявлена незначительная положительной динамики. По результатам данных психометрических шкал выявлено снижение уровня депрессии и тревожности у 8% пациентов (рис. 4).

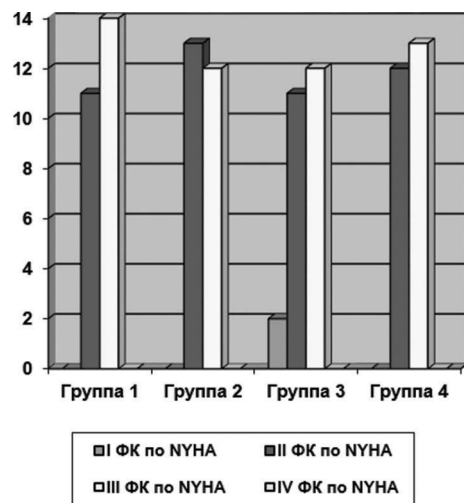


Рис. 4. Распределение пациентов согласно ФК по NYHA через 3 недели после начала лечения

В ходе повторного обследования через 6 недель после начала лечения были получены следующие результаты.

У пациентов первой группы через 6 недель после начала лечения отмечалось улучшение состояния: уменьшились боли за грудиной и одышка при ходьбе, уменьшились головные боли, головокружение, слабость и утомляемость. По результатам данных психометрических шкал положительной динамики не выявлено.

У пациентов второй группы через 6 недель после начала лечения отмечалось значительное улучшение состояния: уменьшились боли за грудиной и одышка при ходьбе, уменьшились

головная боль, головокружение, слабость, уменьшился уровень тревожности, 88% пациентов отметили улучшение настроения и концентрации внимания. По результатам данных психометрических шкал у 84% пациентов выявлено снижение уровня депрессии и тревожности.

У пациентов третьей группы через 6 недель после начала лечения отмечалось улучшение состояния: уменьшились боли за грудиной и одышка при ходьбе, уменьшилась головная боль и головокружение, улучшилось настроение и умственная работоспособность, снизился уровень тревожности, 96% пациентов отметили повышение концентрации внимания. По результатам данных психометрических шкал у всех пациентов выявлено снижение уровня депрессии и тревожности.

У пациентов четвертой группы через 6 недель после начала лечения отмечалось улучшение состояния: уменьшились боли за грудиной и одышка при ходьбе, уменьшились головные боли, головокружение, слабость и утомляемость. По результатам данных психометрических шкал снижение уровня депрессии и тревожности выявлено у 8% пациентов.

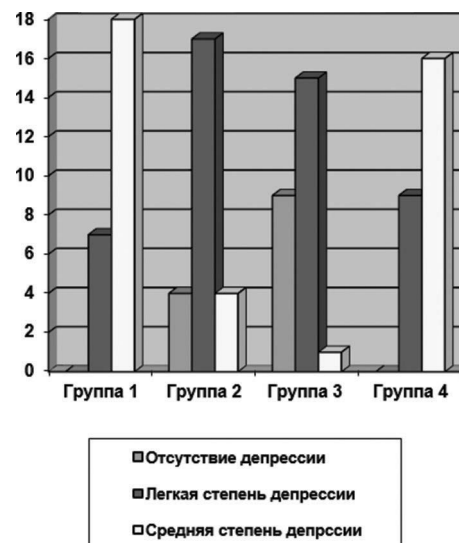


Рис. 5. Распределение пациентов по группам в зависимости от выраженности депрессивных расстройств через 6 недель после начала лечения

По результатам теста 6-минутной ходьбы у пациентов первой группы через 6 недель после начала лечения у 92% пациентов выявлено увеличение толерантности к физической нагрузке. Среднее количество метров, пройденное за 6 минут составило 300,08 м. По результатам ШОКС средний балл в данной группе составил 6,44.

При проведении теста 6-минутной ходьбы у пациентов второй группы через 6 недель после начала лечения выявлено увеличение толерантности к физической нагрузке. Среднее количество метров, пройденное за 6 минут составило 318,88 м. По результатам ШОКС средний балл в данной группе составил 5,96.

При проведении теста 6-минутной ходьбы у пациентов третьей группы через 6 недель после начала лечения выявлено увеличение толерантности к физической нагрузке. Среднее ко-

личество метров, пройденное за 6 минут составило 324,48 м. По результатам ШОКС средний балл в данной группе составил 5,76.

При проведении теста 6-минутной ходьбы у пациентов четвертой группы через 6 недель после начала лечения выявлено увеличение толерантности к физической нагрузке. Среднее количество метров, пройденное за 6 минут составило 299 м. По результатам ШОКС средний балл в данной группе составил 6,48. (рис. 6).

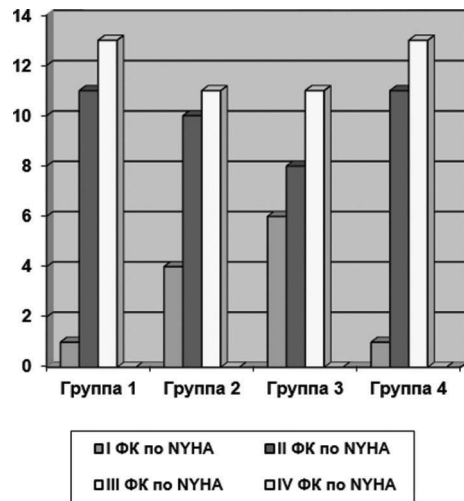


Рис. 6. Распределение пациентов согласно ФК по NYHA через 6 недель после начала лечения

### Обсуждения

Проблема коррекции депрессивных расстройств у лиц старших возрастных групп на данный момент является актуальной. Проводится немало исследований, посвященных данной проблеме. Немало статей [8, 9, 11, 12] посвящено коррекции депрессивных расстройств на фоне хронической сердечной недостаточности. В большинстве случаев авторы исследований отдают предпочтение антидепрессантам группы СИОЗС. Например, есть данные по использованию у пациентов с ХСН флувоксамина, которое привело не только к быстрому и значительному снижению выраженности симптомов тревоги и депрессии, но и к повышению качества жизни больных [8]. Антидепрессанты сбалансированного действия тианептин и сертралин адекватных дозах имели благоприятный кардиальный профиль. Эффективность антидепрессантов проявилась в значительном уменьшении вклада психологических факторов в реализацию кардиальных симптомов, что положительно повлияло на клиническое течение ИБС и ряд факторов сердечно-сосудистых осложнений за длительный период наблюдения [9].

В то же время, по данным исследования Иванова С.В. [10] от 20 до 60% больных артериальной гипертензией прерывают лечение антидепрессантами главным образом из-за их побочных эффектов, таких как ортостатическая гипотензия, нарушение внутрисердечной проводимости, головокружение, сухость во рту, нарушение аккомодации, задержки мочеиспускания, связанных с выраженным холинолитическим эффектом ТЦА.

Кроме того, антидепрессанты следует с осторожностью назначать пациентам с АВ блокадой, инфарктом миокарда (ранний восстановительный период), артериальной гипертензией, желудочковой аритмией, приапизмом в анамнезе, почечной и/или печеночной недостаточностью. Учитывая, что данные патологические состояния у лиц старших возрастных групп, встречаются нередко, необходимо искать другие способы коррекции депрессивных расстройств у данной категории пациентов. Одним из таких способов является светотерапия, которая по данным нашего исследования является эффективной в плане коррекции депрессивной симптоматики. Кроме того, светотерапия аппаратом «БИОПТРОН Про» является безопасным методом терапии и имеет очень мало противопоказаний.

### Выводы

Комплексная терапия хронической сердечной недостаточности на фоне депрессивных расстройств, включающая применение традиционной терапии ХСН в сочетании со светотерапией аппаратом «БИОПТРОН Про» позволяет добиться хороших результатов в лечении пациентов старших возрастных групп. При данной тактике лечения наблюдается более быстрая коррекция депрессивных расстройств. При использовании комплексной терапии с применением светотерапии, пациенты отмечают более быстрое улучшение состояния, что способствует лучшей приверженности к лечению и улучшению качества жизни. Кроме того, применение светотерапии в лечении депрессивных расстройств у пациентов старших возрастных групп позволяет снизить вероятность развития побочных эффектов, которые могут возникнуть при терапии антидепрессантами.

Комплексная терапия хронической сердечной недостаточности на фоне депрессивных расстройств, включающая применение традиционной терапии ХСН в сочетании со светотерапией аппаратом «БИОПТРОН Про» может использоваться на базе поликлиник, стационаров, санаторно-курортных учреждений, а также при оказании медицинской помощи на дому.

### Список литературы

1. Влияние депрессии на прогноз при сердечной недостаточности / К. Е. Фридлэнд [и др.] // Клиника сердечной недостаточности. 2011. №7. С. 11-21. [Effect of depression on prognosis in heart failure / K. E. Freedland [etc.] // Heart Failure Clinics. 2011. №7. С. 11-21.]
2. Депрессия после сердечной недостаточности и риск смертности от сердечно-сосудистых и всех причин: метаанализ / Х. Фэн [и др.] // Профилактическая медицина. 2014. №63. С. 36-42. [Fan H., Yu W., Zhang Q., Cao H., Li J., Wang J., Shao Y., Hu X. Depression after heart failure and risk of cardiovascular and all-cause mortality: a meta-analysis. Preventive Medicine. 2014. №63. С. 36-42.]
3. Признание депрессии и тревоги, их связь с качеством жизни, госпитализацией и смертностью у пациентов первичной помощи с сердечной недостаточностью / М. Эйсел [и др.] // Семейная практика БМС. 2013. №27, 14 С. 180. [Eisele M., Blozik E., Sturk S., Tider J. M., Herrmann-Lingen C., Scherer M. Recognition of depression and anxiety and their association with quality of life, hospitalization and mortality in primary care patients with heart failure – study protocol of a longitudinal observation study. BMC Family Practise. 2013. №27, 14 С. 180.]

4. **Комитет** по критериям Нью-Йоркской ассоциации сердца. Номенклатура и критерии диагностики заболеваний сердца и сосудов. Изд. 9-ое. Бостон, Мэсс: Литл, Браун и Ко, 1994. С. 253-256. [The Criteria Committee of the New York Heart Association. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Diseases of the Heart and Great Vessels. 9th ed. Boston, Mass: Little, Brown & Co; 1994:253-256.]

5. **Национальные** рекомендации ОССН, РКО и РНМОТ по диагностике и лечению ХСН (четвертый пересмотр) Утверждены на Конгрессе ОССН 7 декабря 2012 года, на Правлении ОССН 31 марта 2013 и Конгрессе РКО 25 сентября 2013 года / В. Ю. Мареев [и др.] // Журнал Сердечная Недостаточность. 2013. Т. 14. №7. Выпуск 81.

6. **Смулевич А. Б.** Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей // Психиатрия (электронное издание). URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/22/chapter/37>.

7. **Ерилин Е. А., Анисимова Е. Н., Анисимова Н. Ю.** Методы оценки психоэмоционального состояния пациентов в условиях амбу-

латорного стоматологического приема // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. Т. 10. № 2. С. 124-130.

8. **Ширяев О. Ю., Будневский А. В., Янковская В. Л.** Прикладные информационные аспекты медицины. 2014. Т. 17. № 1. С. 214-220.

9. **Использование** антидепрессантов первого ряда в комплексной терапии больных ишемической болезнью сердца / А. А. Евсюков [и др.] // Сибирский медицинский журнал. 2011. Т. 26. № 3. Выпуск 2.

10. **Иванов С. В.** Депрессия и сердечно-сосудистая патология // Кардиология. 2010. №8. С. 115-120.

11. **Возможности** терапии тревожно-депрессивных расстройств у больных с хронической сердечной недостаточностью / А. П. Баранов [и др.] // РМЖ. 2016. Т. 24. № 9. С. 572-578.

12. **Депрессивные** расстройства и хроническая сердечная недостаточность / Н. Т. Вагутин // Украинский кардиологический журнал. 2013. № 3. С. 117-124.

## CORRECTION OF CHRONIC HEART FAILURE AND DEPRESSIVE DISORDERS IN OLDER AGE GROUPS

O. N. TARANINA, M.V. SILUTINA, V. A. BORISOV

*Federal State Budget Educational Institution of Higher Education Voronezh State Medical University named after N.N. Burdenko of the Ministry of Health of the Russian Federation*

**Introduction.** The combination of chronic heart failure, depressive disorders leads not only to difficulty of diagnosis, but also to the deterioration of the quality of life of patients of older age groups. In this regard, it is necessary to identify and be able to correct these disorders. The aim of the study was to increase the effectiveness of treatment of depressive disorders in patients of older age groups with chronic heart failure.

**Methods.** For the correction of chronic heart failure on the background of depressive disorders used in the following ways: 1. Standard therapy of CHF, monopril – starting with 5 mg, Concor – starting with 1.25 mg, veroshpiron 25 mg in the morning cardiomagnyl 75 mg 1 tab in the evening); 2. Standard therapy for CHF in combination with an antidepressant, tritico; 3. Standard therapy for CHF in combination with light therapy; 4. Standard therapy for CHF in combination with placebo.

**Results.** When using the standard therapy of CHF in combination with light therapy was in all patients a marked increase of tolerance to physical load and reducing the level of depressive disorders. The positive effect was observed much earlier than the other methods of treatment.

**Conclusions.** The use of light therapy in complex treatment of chronic heart failure on the background of depressive disorders is an effective method for correction of this pathology in individuals older age groups.

**Key words:** heart failure, depression, light therapy, antidepressants.