

Влияние негрустина на психосоматические расстройства, вариабельность ритма сердца и качество жизни у больных пожилого возраста в раннем постинфарктном периоде

И.А.Тыщенко, Н.Н.Шилина, М.Е.Стаценко

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Ключевые слова: психосоматические расстройства, вариабельность ритма сердца, пожилые больные, постинфарктный период.

Сочетание аффективных нарушений с инфарктом миокарда является прогностически неблагоприятным фактором, наравне с окклюзией коронарных артерий более чем на 50% или классом тяжести сердечной недостаточности [1]. По данным проведенных исследований, депрессия выявляется у 12-47% пациентов с ИБС, обратившихся за медицинской помощью [2]. Завершенное в 2003 году Российское многоцентровое проспективное исследование "Компас" показало, что среди больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) нарушения психоэмоциональной сферы встречается у 61% пациентов. Если рассматривать патофизиологические механизмы реализации патогенного эффекта психосоматических расстройств, то наибольшее значение имеет нарушение вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы с преобладанием симпатической активности [3]. Дисфункция автономной нервной системы играет важную роль в патогенезе хронической сердечной недостаточности [4]. В настоящее время наиболее информативным методом оценки состояния вегетативной нервной системы (ВНС) является анализ вариабельности ритма сердца (ВРС) [5].

Целью нашей работы было оценить динамику психосоматических расстройств, показателей ВРС и качества жизни (КЖ) на фоне приема растительного антидепрессанта негрустина, а также оценить безопасность данного препарата у больных пожилого возраста в раннем постинфарктном периоде.

Материалы и методы. В рандомизированном исследовании приняли участие 70 пациентов на 3-4 недели после инфаркта миокарда, имеющих признаки тревоги и/или депрессии, с ХСН II-III функционального класса (по NYHA). Пациенты были рандомизированы на две группы. Первую группу составили 35 больных (16 муж., 19 жен.), ср. возраст $71,2 \pm 1,9$. Вторая группа включала 35 пациентов (14 муж., 21 жен.), ср. возраст $70,3 \pm 1,4$ года. Качество жизни оценивалось по результатам Миннесотского опросника КЖ больных с сердечной недостаточностью, Сметловского опросника КЖ больных со стенокардией и опросника MOS SF 36. Выраженность тревоги и депрессии определялась

согласно Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Параметры ВРС оценивали на коротких участках записи, которые производили утром в состоянии покоя и во время проведения активной ортостатической пробы в течение 10 минут с использованием аппаратно-программного комплекса "Варикард". Учитывались следующие показатели ВРС: SDNN – среднееквадратичное отклонение, CV – коэффициент вариации, IC – индекс централизации, SI – индекс напряжения, MxDMn – разность между максимальным и минимальным значением интервала RR, TP – суммарная мощность спектра, HF – высокочастотная составляющая, LF – низкочастотная составляющая (медленные волны), VLF – очень низкочастотные колебания ("медленные волны 2 и 3 порядка"). Безопасность негрустина оценивалась по выраженности синдрома апноэ во сне и контролем за основными кардиоинтервалами. В 1-й группе больные получали препараты базисной терапии (аспирин, конкор, диротон, симвагексал) + негрустин по 1-2 капсуле в течение 12 недель, пациенты 2-й группы – только препараты базисной терапии. Наблюдение проводилось в течение 6 месяцев.

Полученные результаты и обсуждение. На фоне 12 недельного курса приема негрустина в 1-й группе произошло снижение выраженности тревоги с $9,83 \pm 0,67$ до $6,36 \pm 0,72$ баллов ($p < 0,05$), депрессии – с $10,04 \pm 0,49$ до $6,18 \pm 0,74$ баллов ($p < 0,01$). К 24-й неделе наблюдения средний балл для тревоги составил $6,6 \pm 0,86$, для депрессии – $6,41 \pm 1,1$. Во 2-й группе за 12 недель уровень тревоги снизился с $9,8 \pm 0,99$ до $7,83 \pm 2,99$ баллов ($p > 0,05$), депрессии – с $10,4 \pm 0,34$ до $9,08 \pm 1,53$ баллов ($p > 0,05$). К 24 неделе отмечалось дальнейшее снижение средних баллов, но нормальные значения так и не были достигнуты (тревога – $7,5 \pm 1,8$, депрессия – $8,75 \pm 0,63$). Выраженность синдрома апноэ у пациентов 1-й группы за 24 недели снизилась с $5,78 \pm 0,7$ до $3,08 \pm 0,8$ ($p < 0,05$). Во 2-й группе данный показатель увеличился с $4,7 \pm 0,6$ до $5,0 \pm 1,1$ ($p > 0,05$). Не было также выявлено значимого влияния негрустина на оцениваемые ЭКГ показатели (PQ, QT). К 6-му мес. КЖ по результатам Сметловского опросника улучшилось в обеих группах: в 1-й группе показатель КЖ составил $81,5 \pm 5,44$, во 2-й гр – $70,09 \pm 4,56$. По данным

Миннесотского опросника КЖ в 1-й группе к 6 мес достоверно улучшилось и составило $37,75 \pm 4,38$, во 2-ой гр – $47,45 \pm 4,52$. По результатам опросника КЖ MOS-SF 36 в 1-й группе к 12 недели лечения показатель КЖ достоверно увеличился с $45,47 \pm 1,58$ до $54,21 \pm 1,67$, к 6 мес. остался на том же уровне. Во 2-й группе изменения КЖ были недостоверными (с $49,2 \pm 3,57$ до $51,02 \pm 4,99$), и к 6-му мес. отмечалось ухудшение КЖ (до $50,57 \pm 2,81$). При оценке показателей ВРС в основной группе отмечалось достоверное снижение показателя индекса напряжения (SI), что свидетельствует об уменьшении активности симпатического отдела ВНС (таблица). Если исходно в обеих группах SI был больше 200, что говорит об умеренной симпатикотонии у наших пациентов [2], то через 6 месяцев наблюдения в основной группе данный показатель снизился до нормального значения (уровень вегетативного равновесия), а в группе контроля – сохранялась умеренная симпатикотония. Увеличение SDNN было в обеих группах, однако в основной группе $\Delta\%$ был больше. Данный показатель свидетельствует об увеличении вариационного размаха величин RR при регистрации ЭКГ. Снижение SDNN является прогностически неблагоприятным признаком, свидетельствующим о регидности ритма сердца и увеличении вероятности развития внезапной сердечной смерти [5]. Достоверное увеличение разности между максимальным и минимальным значением

интервала RR (MxDMn) в основной группе также говорит об уменьшении симпатической активности ВНС [2]. Уменьшение индекса централизации (IC) является положительным моментом при лечении постинфарктных больных, этот показатель отражает уровень контроля за балансом симпатического и парасимпатического отделов ВНС. Подобное влияние терапии негрустином на состояние ВНС можно объяснить двумя моментами: с одной стороны, препарат, уменьшая проявления депрессии, опосредованно нормализует состояние симпто-адреналовой системы в сторону вегетативного равновесия. С другой стороны, одним из механизмов действия негрустина является воздействие на трансмиссерные системы норадреналина, что также приводит к снижению тонууса симпатического отдела ВНС.

Выводы. На фоне нормализации психологического статуса пациентов, принимающих негрустин, отмечается положительная динамика состояния ВНС: снижается индекс напряжения, индекс централизации, увеличивается SDNN, MxDMn, что свидетельствует об уменьшении активности симптоадреналовой системы и нормализации динамического равновесия между парасимпатическим и симпатическим отделами. Происходит повышение КЖ по результатам всех опросников, в то время как в группе контроля к 6-у мес. наблюдения не отмечается улучшения психосоматического состояния. На фоне приема негрустина клинически важных взаи-

Таблица

Динамика показателей ВРС на фоне применения негрустина и в группе контроля

показатели	1-я группа (n=30)			2-я группа (n=30)		
	исходно	6 месяцев	$\Delta\%$	Исходно	6 месяцев	$\Delta\%$
SDNN, мс	$31 \pm 5,0$	$38,38 \pm 4,52$	23,8	$31 \pm 4,27$	$37,57 \pm 5,5$	21,2
SI	$225,38 \pm 21,13$	$164,5 \pm 20,02^*$	-27	$235,42 \pm 55,42$	$276 \pm 92,54$	17,24
MxDMn, мс	$155,25 \pm 22,86$	$251 \pm 24,62^*$	61,67	$272,17 \pm 66,21$	$271,22 \pm 38,95$	-0,35
IC , (VLF+LF)/HF	$2,26 \pm 0,67$	$1,87 \pm 0,64$	-17,26	$1,98 \pm 0,67$	$1,69 \pm 0,68$	-14,65
HF, %	$37,13 \pm 6,45$	$39,62 \pm 4,72$	6,7	$44,62 \pm 5,52$	$49,28 \pm 7,43$	10,44
LF, %	$32,7 \pm 3,68$	$32,61 \pm 4,42$	-0,28	$32,04 \pm 3,9$	$29,68 \pm 5,55$	-7,37
VLF, %	$34,48 \pm 5,37$	$37,83 \pm 4,97$	9,72	$23,15 \pm 4,6$	$22,32 \pm 8,05$	-3,58
TP, мс 2	$996,36 \pm 466,6$	$1052,2 \pm 358,66$	6,06	$1952,7 \pm 782,74$	$1364 \pm 491,2$	-29,74

Примечание: * - достоверность полученных различий в группе ($p < 0,05$).

модействий с препаратами базисной терапии выявлено не было. Также не отмечалось изменений основных интервалов ЭКГ: PQ, QT, и лабораторных показателей, отражающих состояние почек, функции печени, что свидетельствует о безопасности применения негрустина у больных данной возрастной группы. Негрустин может быть рекомендован для включения в комплексную терапию тревожно-депрессивных состояний у пожилых больных с ХСН в постинфарктном периоде.

Литература

1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Принципы рационального лечения хронической сердечной недос-

таточности. – М.; 2000: 254 с.

2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. – М. 2000. 749 с.

3. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. – М. 2001. 256.8.

4. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Вариабельность ритма сердца. – М.: Стар'Ко, 1998. – 200 с.

5. Арборишвили Г.Н., Орлова Я.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Прогностическая роль оценки вариабельности ритма сердца у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2005, 4; 4 (приложение): 361 с.

Effect of Negrustin on psychosomatic dysfunctions, heart rhythm variability and life quality in elderly patients in early post-infarction period

I.A.Tishenko, N.N.Shilina, M.E.Stacenko

Volgograd State Medical University, Volgograd

Key words: psychosomatic dysfunctions, heart rhythm variability, elderly patients, post-infarction period.

As all the questionnaires show an intake of Negrustin causes a decrease in anxiety level ($\Delta\%$ —35,5) and depression ($\Delta\%$ —38,45), increase in life quality, and a decrease in activity of sympathetic vegetative nervous system. A decrease of the mark on the estimate of sleep apnea scale and absence of the impact on the major cardio intervals in the first group are evidences of the used antidepressant's safety in elderly patients in post-infarction period.