

О.В. Гулкевич, Е.П. Свищенко, д.м.н., профессор, отдел гипертонической болезни ГУ ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, г. Киев

Коррекция психоэмоционального состояния и артериального давления у больных гипертонической болезнью

Одним из факторов, определяющих состояние и качество жизни пациентов с артериальной гипертензией (АГ), является психосоциальный стресс, провоцирующий развитие тревоги, нарушение сна и формирующий психовегетативные нарушения [3, 5]. В то же время стресс, тревога, депрессия могут изменять поведение человека, приводя к пренебрежению препаратами для лечения АГ, дополнительно ухудшая состояние пациентов [1, 3].



Е.П. Свищенко

Наряду с другими факторами риска развития АГ, такими как низкая физическая активность, стресс является фактором, вызывающим дисфункцию вегетативной нервной системы, повышая активность ее симпатического отдела и уменьшая влияние парасимпатического отдела на сердце и сосуды, что приводит к увеличению сердечного выброса, изменению сосудистой стенки и повышению периферического сопротивления [7].

Ограничение и нарушение сна, свойственные стрессовым состояниям, синергически связаны с увеличением распространенности и заболеваемости АГ [11, 13]. Нарушения сна при АГ могут увеличивать степень ее тяжести и снижать эффективность терапии [4, 8]. Вызванная нарушениями сна ночная активация симпатической нервной системы является ключевым механизмом в ограничении физиологического снижения артериального давления (АД) в ночное время, что повышает степень поражения органов-мишеней и увеличивает риск сердечно-сосудистой смерти [11].

Поэтому нормализация деятельности вегетативной нервной системы, коррекция нарушений сна, психовегетативных нарушений являются патогенетической основой для использования в комплексной терапии АГ препаратов, сочетающих в себе анксиолитические, седативные и антигипертензивные свойства. К сожалению, психотропные препараты, получившие большое распространение в терапии психовегетативных расстройств, не всегда хорошо переносятся пациентами с кардиальной патологией, поэтому особое значение приобретают фитопрепараты [1]. Таким средством являются капсулы Централ-Б компании «Ротафарм» (Великобритания), изготовленные «Адифарм ЛТД» (Болгария). Каждая капсула Централ-Б содержит сухие водно-спиртовые экстракты пассифлоры (25 мг), листьев и цветков боярышника (25 мг), валерианы (100 мг).

Вышеописанные компоненты широко применяются во всем мире при различных состояниях с целью нормализации функционального состояния сердечно-сосудистой и нервной системы, улучшения сна [5, 6, 9, 14]. В исследовании R. Tabach и соавт. продемонстрирована безопасность одновременного применения этих трех компонентов.



Данную комбинацию в больших дозах и длительное время использовали у животных, был сделан вывод о том, что ее можно применять без риска у людей [12].

Цель исследования – оценить эффективность включения капсул Централ-Б в комплексное лечение пациентов с гипертонической болезнью в отношении влияния на АД, состояние вегетативной нервной системы, психической сферы и качество сна.

Материалы и методы

В исследование включили 50 больных с гипертонической болезнью I и II степени (17 мужчин и 33 женщины) в возрасте 28–70 лет (средний возраст $56,0 \pm 1,8$ года). Большинство пациентов (40 человек, 80,8%) не курили, имели высшее образование (44 больных, 88,9%) и испытали какие-либо сильные душевные переживания за последний год (29 лиц, 57,7%). Закончили испытание 49 больных, 1 пациента (5%) исключили из-за несоблюдения протокола исследования.

Пациенты были распределены случайным образом на две группы по 25 человек – основную и референтную. В основной группе к традиционной антигипертензивной терапии добавляли Централ-Б по 1–2 капсулы 1–2 раза в сутки, пациенты референтной группы принимали только антигипертензивные препараты. Период лечения составил 28 ± 3 дня. Обе группы были сопоставимы по возрасту, полу, уровню АД и антигипертензивной терапии. Больные принимали ингибиторы АПФ (16 – основной группы и 17 – референтной), антагонисты кальция (8 и 7 больных соответственно), бета-блокаторы (8 и 8 больных соответственно) и диуретики (5 и 5 больных соответственно). В среднем один пациент основной группы принимал 1,56 антигипертензивного препарата, в референтной – 1,46 с использованием 1, 2 и 3 препаратов соответственно 14, 7 и 3 больными в основной группе и 15, 8 и 2 – в референтной. Итак, антигипертензивная терапия была аналогичной в основной и референтной группах, стабильной в течение последнего месяца до начала исследования.

Обследование включало регистрацию субъективных жалоб больного, измерение офисного АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС), суточный мониторинг АД, оценку вегетативного статуса, состояния психической сферы, оценку качества сна.

Для выявления вегетативных нарушений использовали опросники А.М. Вейна (1998) двух вариантов: вопросник для выявления признаков вегетативных изменений, заполняемый обследуемым, и схему исследования для выявления признаков вегетативных нарушений, заполняемую исследующим [2].

Сомнологический анамнез собирался по модифицированной сомнологической

анкете И.М. Воронина с количественной оценкой основных симптомов качества сна. Наличие симптома обозначалось «1», отсутствие – «0». Время засыпания и число пробуждений во время сна отражались

балла самочувствия с $3,8 \pm 0,3$ до $5,0 \pm 0,3$, $p < 0,05$), также повышалась активность (увеличение балла активности с $4,4 \pm 0,2$ до $5,3 \pm 0,1$, $p < 0,05$) и настроение (увеличение балла настроения с $4,7 \pm 0,2$ до

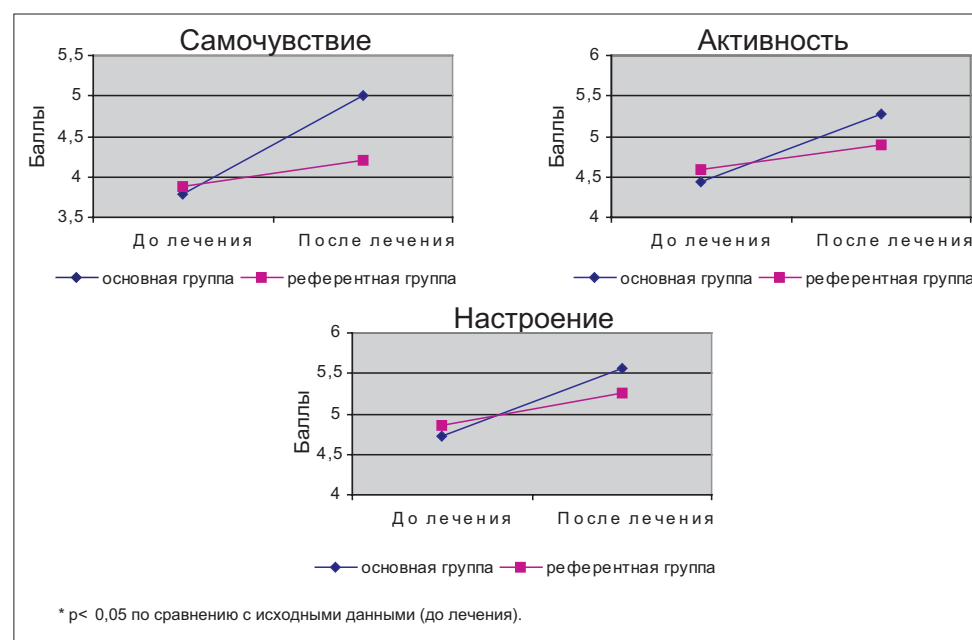


Рис. 1. Динамика показателей опросника САН в основной и референтной группах

в средних цифрах. Оценка состояния психической сферы проводилась по шкале тревоги Гамильтона и опросника САН (самочувствие, активность, настроение).

Полученные данные обрабатывали с помощью методов вариационной статистики. Для сравнения данных использовали t-тесты для парных выборок. Достоверными считались изменения, при которых значение вероятности ошибки (p) было меньше 0,05.

Результаты и обсуждение

На фоне проведенной терапии наблюдали положительный клинический эффект, более выраженный в основной группе, который проявлялся исчезновением или уменьшением частоты и интенсивности головных болей, головокружений, повышенной утомляемости, общей слабости. Ощущения тревоги и внутреннего напряжения исчезли у половины пациентов, у второй половины – уменьшились. Пациенты референтной группы также отметили положительную динамику субъективных жалоб, однако уменьшение тревоги и внутреннего напряжения отметили только четверть пациентов.

Об улучшении состояния пациентов на фоне добавления к антигипертензивной терапии капсул Централ-Б свидетельствуют также результаты тестирования по опроснику САН, что подтверждается достоверным увеличением общего балла с $4,4 \pm 0,2$ до $5,3 \pm 0,2$ ($p < 0,05$) и косвенно отражает улучшение качества жизни больных. При детальном анализе результатов проведенного обследования выявлено, что увеличение общего балла по опроснику САН произошло в основном за счет улучшения самочувствия (увеличение

$5,6 \pm 0,2$, $p < 0,05$). В референтной группе мы также отметили изменение показателей в сторону улучшения, однако данные изменения не были достоверными (рис. 1).

Улучшение самочувствия сопровождалось уменьшением выраженности тревоги в основной группе. В результате проведенного обследования выявлено, что на фоне терапии, включающей капсулы Централ-Б, наблюдалось уменьшение выраженности тревоги, что проявлялось достоверным уменьшением общего балла шкалы тревоги Гамильтона: с $24,3 \pm 1,7$ (до лечения) до $12,6 \pm 1,5$ (после лечения) ($p < 0,05$). В одинаковой степени уменьшилась выраженность как психической (с $13,17 \pm 0,77$ до $6,39 \pm 0,90$, $p < 0,05$), так и соматической тревоги (с $12,17 \pm 0,88$ до $6,96 \pm 0,72$, $p < 0,05$). В референтной группе наблюдалась тенденция к уменьшению этих показателей, однако изменения были недостоверны (общий балл: с $23,81 \pm 2,24$ до $20,52 \pm 2,53$ ($p > 0,05$), психическая с $12,11 \pm 1,12$ до $10,17 \pm 1,13$ ($p > 0,05$) и соматическая тревога с $11,72 \pm 1,18$ до $10,44 \pm 1,15$ ($p > 0,05$) соответственно).

Нарушения вегетативной регуляции являются одним из основных механизмов формирования АГ, поэтому особое значение приобретает определение состояния вегетативной нервной системы у обследованных нами пациентов. Анализ вегетативных функций, оцениваемых по опроснику А.М. Вейна, показал, что у пациентов обеих групп отмечались вегетативные нарушения. Подтверждалось это высоким баллом по опроснику, заполняемому обследуемым: в основной группе – $36,44 \pm 2,62$, в референтной – $36,33 \pm 2,31$. На фоне проведенной терапии мы наблюдали снижение суммарного балла

в обеих группах, однако в основной группе изменения были более значительными – до $15,67 \pm 2,05$ ($p < 0,05$), в референтной – до $31,93 \pm 2,13$ ($p > 0,05$). Сходные результаты получены и по опроснику, заполняемому исследователем. Результаты анкетирования показали, что добавление Централ-Б к антигипертензивной терапии существенно уменьшает выраженность вегетативных нарушений у больных гипертонической болезнью по сравнению с антигипертензивной терапией.

Известно, что вегетативная нервная система играет ключевую роль в механизмах сна, а расстройства сна связаны с некоторыми механизмами, способствующими развитию АГ [11].

По данным анкетирования, инсомния диагностирована у всех пациентов обеих групп. При этом жалобы на малую продолжительность сна отметили 89% пациентов основной группы и 86% – референтной, частые пробуждения – 72 и 69% соответственно, плохое качество утреннего пробуждения в 63 и 64% случаев соответственно. Сочетанное применение капсул Централ-Б к антигипертензивной терапии способствовало уменьшению интрасомнических нарушений, что проявлялось достоверным увеличением продолжительности сна с $6,59 \pm 0,28$ ч – до лечения до $7,25 \pm 0,20$ ч – после лечения ($p < 0,05$), уменьшением количества пробуждений ночью с $2,34 \pm 0,34$ до $1,23 \pm 0,21$ раза соответственно ($p < 0,05$). Одновременно улучшалось состояние утром, две трети пациентов основной группы отметили бодрость, отсутствие вялости и сонливости не только в утренние часы, но и в течение всего дня. В референтной группе на фоне терапии только антигипертензивными препаратами продолжительность сна увеличилась с $6,94 \pm 0,74$ ч до $7,13 \pm 0,62$ ч ($p > 0,05$), количество пробуждений практически не изменилось: $2,31 \pm 0,72$ – до лечения и $2,11 \pm 0,74$ – после лечения.

Таким образом, добавление Централ-Б к антигипертензивной терапии не только улучшает общее самочувствие пациентов, повышая активность и настроение, уменьшает проявления тревоги и вегетативные нарушения, но и способствует нормализации сна, сокращая время засыпания, уменьшая число пробуждений, увеличивая общую продолжительность сна и улучшая его качество.

Улучшение психовегетативного состояния пациентов на фоне терапии антигипертензивными препаратами с включением капсул Централ-Б, сопровождалось дополнительным влиянием на показатели АД и ЧСС.

Изменение показателей офисного АД и ЧСС представлены в таблице, из которой видно, что к началу лечения офисные АД и ЧСС существенно не отличались в обеих группах. Прием Централ-Б в сочетании с антигипертензивной терапией способствовал дополнительному снижению офисного САД на 5 мм рт. ст. от исходного ($p < 0,05$), а офисного ЧСС на 3,1 уд/мин.

Таблица. Динамика АД и ЧСС в процессе лечения у пациентов основной и референтной группы (M \pm m)

Показатели	Этапы обследования	
	до лечения	после лечения
Основная группа (n=24)		
ЧСС, уд/мин	75,30 \pm 2,18	72,20 \pm 1,99*
САД, мм рт. ст.	132,67 \pm 2,16	127,67 \pm 2,51*
ДАД, мм рт. ст.	80,22 \pm 2,10	79,50 \pm 1,8
Референтная группа (n=25)		
ЧСС, уд/мин	72,50 \pm 1,41	71,71 \pm 1,51
САД, мм рт. ст.	132,72 \pm 2,71	130,10 \pm 2,61
ДАД, мм рт. ст.	85,33 \pm 0,90	81,11 \pm 1,12
САД – систолическое АД, ДАД – диастолическое АД.		

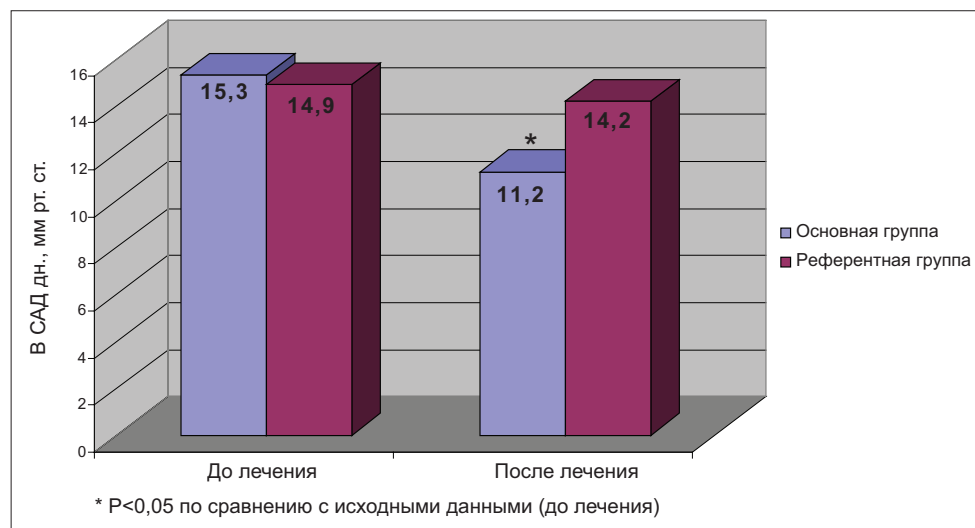


Рис. 2. Вариабельность САД в дневной период

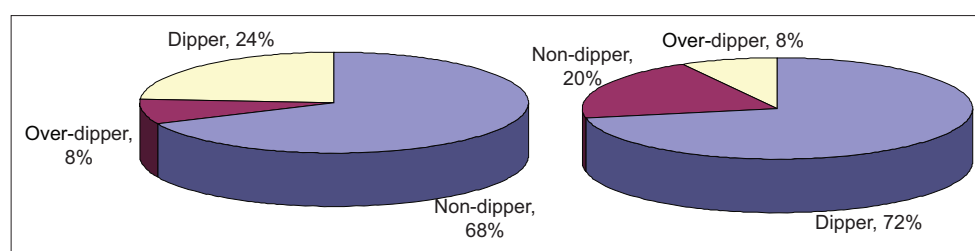


Рис. 3. Циркадный ритм АД у пациентов основной группы до и после лечения

Результаты офисного измерения АД подтверждаются результатами суточного мониторинга АД. Добавление Централ-Б к антигипертензивной терапии способствовало снижению среднесуточного САД и среднего САД в ночное время (на 2,9 и 7,5 мм рт. ст. соответственно, $p < 0,05$). Достоверно уменьшились и показатели среднесуточного ЧСС и среднего ЧСС в течение ночи (соответственно с $74,15 \pm 2,72$ до $70,51 \pm 2,77$ уд/мин ($p < 0,05$) и с $69,97 \pm 3,36$ до $64,06 \pm 2,27$ уд/мин, $p < 0,05$). При этом показатели ДАД в ходе лечения существенно не изменились.

Увеличение вариабельности АД связано с развитием, прогрессированием и тяжестью поражения органов-мишеней, таких как сердце, сосуды, почки, головной мозг, и с повышенным риском сердечно-сосудистых событий и смертности, при этом независимо добавляется больший сердечно-сосудистый риск, чем повышенные средние уровни АД [10]. В начале данного исследования все пациенты имели повышенную вариабельность САД. На фоне лечения у пациентов основной группы отмечено достоверное уменьшение вариабельности САД в дневной период: через 28 дней приема Централ-Б в комбинации с антигипертензивными препаратами мы наблюдали ее достоверное снижение с $15,30 \pm 1,55$ до $11,18 \pm 0,88$ мм рт. ст. ($p < 0,05$) (рис. 2). Показатель вариабельности ДАД в дневной период тоже снижился, однако изменения были недостоверны. По-видимому, снижение вариабельности АД при указанной терапии связано с уменьшением вегетативных расстройств и улучшением психоэмоционального статуса, обусловленных сочетанием легкого седативного эффекта Централ-Б и уменьшением влияния симпатической нервной системы на сосудистый тонус.

Анализ суточного ритма АД показал, что одновременное назначение антигипертензивной терапии и капсул Централ-Б способствует восстановлению физиологического двухфазного суточного ритма. Это проявлялось нормализацией суточного индекса в основной группе, в то время как в референтной группе достоверные изменения суточного индекса не выявлены. Так, на фоне комбинированного лечения капсулами Централ-Б и антигипертензивными препаратами суточный индекс увеличился с $7,35 \pm 1,58\%$ до $12,45 \pm 1,25\%$ ($p < 0,05$),

т.е. нормализовался. Нормализовался суточный индекс в целом по группе, и увеличилось число пациентов с достаточным ночным снижением САД (рис. 3). По-видимому, данные изменения связаны с улучшением структуры сна, наблюдавшимися нами в основной группе. Уменьшение количества пробуждений, отмеченное нашими больными, способствует поддержанию физиологического снижения АД в ночное время и восстановлению его нормального суточного ритма.

В целом наши данные показывают, что добавление к стандартной антигипертензивной терапии капсул Централ-Б способствует дополнительному снижению САД преимущественно в ночной период, снижает его вариабельность в дневное время и нормализует его суточный профиль, а также незначительно снижает ЧСС, преимущественно в ночной период.

Выводы

- Включение капсул Централ-Б в комплексную терапию пациентов с гипертонической болезнью повышает эффективность антигипертензивной терапии, что проявляется дополнительным снижением систолического АД, преимущественно в ночной период, уменьшением вариабельности АД и восстановлением его физиологического профиля, что может способствовать снижению риска поражения органов-мишеней и сердечно-сосудистой смерти при артериальной гипертонии.
- Централ-Б в комбинации с антигипертензивной терапией улучшает качество жизни больных с гипертонической болезнью, что проявляется улучшением самочувствия, настроения и повышением активности.
- Централ-Б устраняет явления инсомнии: увеличивает продолжительность сна, уменьшает количество пробуждений ночью, улучшает самочувствие утром и в течение всего дня.
- Централ-Б не вступает в клинически значимые взаимодействия с антигипертензивными препаратами.
- Комбинация капсул Централ-Б с антигипертензивной терапией у пациентов с гипертонической болезнью хорошо переносится, практически не вызывает побочных эффектов и может быть рекомендована для применения в широкой врачебной практике.

Новости

Отмена статинотерапии ассоциируется с болезнью Паркинсона

Цель исследования – оценить влияние прекращения терапии статинами на риск развития болезни Паркинсона (БП).

Методы. В период с 2001 по 2008 г. в исследование включали пациентов без БП, начавших статинотерапию. С помощью регрессионной модели Кокса изучали потенциальную связь между прекращением приема статинов различной липофильности и частотой впервые установленного диагноза БП.

Результаты. Среди 43 810 участников, начавших лечение статинами, заболеваемость БП у принимавших липофильные и гидрофильные препараты составила 1,68 и 3,52 на 1 млн пациенто-дней соответственно. Продолжение приема липофильных статинов ассоциировалось со сниженным риском БП по сравнению с прекращением их приема, при этом выявленный протекторный эффект не зависел от отсутствующих заболеваний и других принимаемых препаратов. Связь между терапией гидрофильными статинами и развитием БП отсутствовала. Среди липофильных статинов статистически значимая ассоциация наблюдалась для симвастатина и аторвастатина, особенно среди женщин. У получавших аторвастатин благоприятный эффект отмечался, в частности в популяции лиц пожилого возраста. Тем не менее длительная терапия статинами – как липофильными, так и гидрофильными – не проявляла статистически значимой связи с риском развития БП в отношении принимаемой дозы и продолжительности лечения.

Выводы. Продолжение терапии липофильными статинами ассоциируется со снижением заболеваемости БП по сравнению с прекращением их приема, в частности в таких подгруппах больных, как женщины и лица пожилого возраста. Для уточнения потенциальной эффективности липофильных статинов при БП необходимы более продолжительные исследования.

Lee Yen-Chieh, Lin Chin-Hsien, Wu Ruey-Meei et al. Discontinuation of statin therapy associates with Parkinson disease: A population-based study. *Neurology*. Опубликовано онлайн 24 июля 2013 г.

Проблемы в сексуальной сфере у женщин, перенесших инфаркт миокарда

Цель исследования – оценить восстановление сексуальной функции у женщин, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ).

Методы. Методом телефонного интервью были опрошены 17 женщин в возрасте от 43 до 75 лет, имеющих постоянного партнера и включенные в реестр TRIUMPH.

Результаты. Шестнадцать женщин состояли в моногамных отношениях с мужем; одна участница имела длительные отношения с женщиной. Большинство опрошенных возобновляли сексуальную активность в пределах 4 нед после ОИМ. Практически все пациентки имели те или иные проблемы в половой сфере, в том числе страх (у самой женщины или ее партнера) относительно возможного развития повторного инфаркта. Консультации относительно безопасности возобновления сексуальной активности получила меньшая часть участниц. Поиск стратегий, направленных на улучшение сексуальных исходов, выявил следующие ключевые моменты: необходимость сохранения приватности, сосредоточенность женщин на своих проблемах, предоставление информации относительно сроков возобновления сексуальной активности и безопасности последней. Кроме того, респондентки считали, что консультирование должно инициироваться лечащим кардиологом и впоследствии продолжаться с участием специалистов по реабилитации.

Выводы. Женщины, имеющие постоянного полового партнера, рано возобновляют сексуальную активность после ОИМ, при этом они испытывают страх и не получают необходимой консультационной поддержки от лечащего врача. Активное обсуждение со специалистом переживаний женщины, связанных с сексуальной функцией и безопасностью половой активности после ОИМ, может улучшить постинфарктные исходы у самих пациенток и их партнеров.

Abramsohn E.M., Decker C., Garavalia B. et al. «I'm Not Just a Heart. I'm a Whole Person Here»: A Qualitative Study to Improve Sexual Outcomes in Women With Myocardial Infarction. *J Am Heart Assoc*. 2013; 2 (4): e000199

Подготовил **Алексей Терещенко**