

*С. Н. Малахова, Н. Я. Доценко, С. С. Боев, И. А. Шехунова*  
Запорожская медицинская академия последипломного образования  
(г. Запорожье)

## ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ИНГИБИТОРОВ МАО В КОРРЕКЦИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

На сегодняшний день доказано, что между психосоматическими расстройствами и заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в частности ишемической болезнью сердца (ИБС), существует определенная взаимосвязь [1—3]. Известно, что депрессия и тревожность снижают комплаенс в отношении терапии у больных ИБС, качество жизни и социальную адаптацию, тем самым отягощая течение и прогноз заболевания [4, 5]. Такие больные реже возвращаются к трудовой деятельности после перенесенного инфаркта миокарда или операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) [3—5]. Таким образом, многие авторы считают, что своевременная диагностика и коррекция психосоматических расстройств должны быть обязательным компонентом лечения у больных ИБС. Для назначения врачами общей практики рекомендуются антидепрессанты, обладающие минимальной кардиотоксичностью и полностью сочетающиеся с антиангинальными препаратами.

Широко применяемые на фоне соматической патологии трициклические антидепрессанты даже в терапевтических дозах вызывают тахикардию, ортостатическую гипотонию, удлинение интервалов P—Q, Q—T, комплекса QRS и пр., что ограничивает их применение в кардиологической практике [6]. Антидепрессантами первой очереди для назначения врачами общей практики считаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. Они имеют благоприятный кардиологический профиль, однако могут вступать во взаимодействие с кардиотропными средствами, вызывать серотониновый синдром и ажитации, нередко вызывают сексуальную дисфункцию [6].

Для применения в общей практике заслуживает внимания группа ингибиторов моноаминоксидазы. Современным представителем данной группы является ингибитор моноаминоксидазы типа А (ИМАО-А) — пирлиндол [7]. Его особенностью является избирательное ингибирование фермента моноаминоксидазы типа А, носящее кратковременный и полностью обратимый характер. Пирлиндол в различной степени ингибирует дезаминирование различных моноаминов активно блокирует дезаминирование серотонина, в меньшей степени норадреналина и практически не влияет на дезаминирование тирамина. Поэтому, в отличие от необратимых ИМАО у пирлиндола отсутствуют предпосылки для развития «сырного» синдрома. Он практически не оказывает кардиотоксического действия. Преимущество данного средства — сбалансированность клинических эффектов: тимоаналептического, анксиолитического и психоэнергизирующего. Кроме того, пирлиндол обладает ноотропным, нейропротекторным и вегетостабилизирующим действием. Он не оказывает антихолинергического действия, что дает

возможность применения у больных глаукомой и аденомой предстательной железы. Признано, что пирлиндол может применяться у пациентов различного возраста, независимо от сопутствующей патологии [8, 9].

Целью исследования явилось изучение эффективности коррекции симптомов депрессии, тревоги и вегетативной дисфункции пирлиндролом у больных ИБС, стенокардией напряжения и перенесших аортокоронарное шунтирование.

Выборку составили 90 больных (67 мужчин и 23 женщины) в возрасте 41—72 лет (средний возраст  $58,1 \pm 3,52$ ) с верифицированным диагнозом ИБС, имеющие признаки депрессии, тревожности и вегетативную дисфункцию различной степени выраженности. Стенокардия напряжения II ФК диагностирована у 38 больных; III ФК — у 43 и IV ФК — у 9 пациентов. Инфаркт миокарда в анамнезе — 81,1 % случаев, артериальная гипертензия — 76,7 %.

Больные были разделены на 3 группы: 1 группа — пациенты с ИБС, стенокардией напряжения II—IV ФК, постинфарктным кардиосклерозом; 2 группа — перенесшие аортокоронарное шунтирование; 3 группа — контрольная — по всем параметрам соответствующая больным 1 группы. Все больные получали терапию ИБС, предусмотренную Национальными стандартами. Кроме этого, пациенты 1 и 2 группы получали пирлиндол («Нормазидол» компании «Olain Farm», Латвия) в суточной дозе 100—150 мг в два приема. Пациентам 3 группы не проводилась коррекция психостатуса.

Оценка психостатуса проводилась посредством опросников: визуальной аналоговой шкалы VAS (Visual Analogy Scale) — самооценка состояния пациента, депрессии DEPS, тревоги Шихана [6,10]. Шкала VAS представляет собой линию длиной 100 мм, на которой пациентом отмечается представление о состоянии здоровья: 0 соответствует наилучшему состоянию, 100 — наихудшему. Депрессию и тревогу диагностировали при суммарном балле по шкале DEPS — 9 и более, по шкале Шихана — 20 баллов и более. Вегетативная дисфункция определялась по опроснику Вейна [11] и считалась установленной при сумме баллов, превышающей 15. Качество жизни оценивалось по шкале SF-36 [12]. Контролировалась динамика соматических жалоб, кардиологический статус. Период наблюдения за больными составил 2 месяца с промежуточным контролем через 1 месяц.

За период наблюдения не зарегистрировано клинически значимых колебаний цифр АД, ЧСС и изменений на ЭКГ. У всех больных зарегистрировано уменьшение частоты рецидивов ангинозных болей, уменьшение количества употребляемых таблеток нитроглицерина в сутки, повышение толерантности к физическим нагрузкам. Однако у пациентов контрольной группы

при улучшении соматического состояния сохраняются признаки депрессии, тревоги, вегетативной дисфункции, нарушение ночного сна, тогда как пациенты 1 и 2 групп отмечают повышение настроения, снижение раздражительности и чувства зависимости от других людей, возобновление интереса к трудовой и бытовой деятельности.

Полученные результаты представлены в таблице. Исходные показатели психостатуса у обследованных больных существенно не различались ( $p > 0,1$ ).

Наиболее высокая самооценка своего состояния по шкале VAS до лечения отмечена у больных, перенесших АКШ —  $55 \pm 1,67$  баллов с достоверным увеличением до  $66 \pm 1,63$  в процессе лечения ( $p < 0,05$ ). Несколько ниже самооценка состояния у больных 1 группы —  $51,25 \pm 3,04$ , увеличивающаяся до  $59 \pm 2,33$  в процессе лечения ( $p < 0,05$ ). У больных контрольной группы эта

цифра составила  $52,1 \pm 1,33$  без динамики на всех этапах контроля.

Симптомы умеренно выраженной депрессии по шкале DEPS выявлены во всех группах пациентов. Однако, как при промежуточном контроле через 1 месяц, так и через 2 месяца лечения в 1 и 2 группах они существенно снижаются ( $p < 0,05$ ). Следует отметить, что снижение данных показателей вплоть до отсутствия депрессии в этих группах регистрируется уже через 1 месяц приема нормазидола. У пациентов контрольной группы симптомы депрессии сохраняются, достоверно снижаясь ко 2 месяцу ( $p > 0,1$ ).

Во всех группах диагностирован уровень тревоги по шкале Шихана существенно выше контрольных величин (более чем в 1,5 раза). Причем наиболее высокий уровень тревоги обнаружен у больных, перенесших АКШ.

**Динамика показателей депрессии, тревоги и вегетативной дисфункции под влиянием лечения**

	1 группа (n = 30)			2 группа (n = 30)			3 группа (n = 30)		
	Исходная величина	Через 1 мес.	Через 2 мес.	Исходная величина	Через 1 мес.	Через 2 мес.	Исходная величина	Через 1 мес.	Через 2 мес.
Шкала VAS	51,25 ± 3,04	56,0 ± 1,63	59,0 ± 2,33*	55,0 ± 1,67	59,0 ± 2,33	66,0 ± 1,63*	52,1 ± 1,33	52,1 ± 1,33	52,1 ± 1,33
Шкала DEPS	9,5 ± 0,31	4,1 ± 0,45*	3,21 ± 0,44**	9,54 ± 0,28	5,9 ± 0,46*	3,81 ± 0,35**	9,7 ± 0,30	9,3 ± 0,30	9,0 ± 0,36
Шкала Шихана	31,2 ± 1,55	23,1 ± 2,68*	16,7 ± 1,93**	31,36 ± 1,40	21,27 ± 2,52*	14,82 ± 1,49**	30,7 ± 1,64	27,1 ± 1,58	26,1 ± 1,66
Опросник Вейна	36,3 ± 2,56	25,3 ± 3,12*	12,0 ± 0,65**	35,4 ± 2,37	23,7 ± 2,71*	11,4 ± 0,62**	35,1 ± 2,83	35,1 ± 2,83	35,1 ± 2,83
Шкала SF-36	93,2 ± 2,02	100,6 ± 0,98*	105,4 ± 1,30**	92,0 ± 1,90	100,7 ± 1,02*	106,7 ± 1,23**	93,3 ± 1,84	93,3 ± 1,84	93,3 ± 1,84

\* —  $p < 0,05$  по сравнению с исходной величиной; \*\* —  $p < 0,05$  в процессе лечения.

Начало действия нормазидола в отношении симптомов тревоги нами отмечено уже через 1 месяц приема ( $p < 0,05$ ), они достоверно снижались до пограничных значений как в 1, так и во 2 группе. Через 2 месяца приема нормазидола тревога не диагностировалась у пациентов обеих групп. В контрольной группе сохранялся высокий уровень тревоги с тенденцией к снижению.

Следует отметить, что эффект нормазидола зависит от исходного уровня показателей тревоги: у пациентов 1 группы, при более низких показателях, снижение уровня тревоги происходит менее выражено, чем во 2 группе, при исходно более высоких показателях.

Симптомы вегетативной дисфункции выявлены у пациентов всех 3 групп. Максимальные цифры регистрировались у больных 1 группы. Через 1 месяц лечения показатели достоверно снижаются в 1 и 2 группах, не достигая нормы. Однако через 2 месяца приема нормазидола признаки вегетативной дисфункции у этих больных не диагностируются. У пациентов контрольной группы сохраняется высокий уровень вегетативной дисфункции на всех этапах наблюдения.

Качество жизни по шкале SF-36 оценивается пациентами 1 и 2 групп тем выше, чем ниже уровень депрессии, тревоги и вегетативной дисфункции. У пациентов контрольной группы, не получающих коррекции психосоматических расстройств, не установлена динамика самооценки качества жизни.

Таким образом, стандартная терапия ИБС улучшает течение основного заболевания, но не влияет на психосоматический статус. У большинства больных ИБС, в том числе и перенесших АКШ, диагностируются признаки депрессии, тревоги и вегетативной дисфункции. У наблюдаемых нами больных был применен подход, регламентированный для врачей Западной Европы и предусматривающий диагностику психосоматических расстройств у пациентов уже при первичном контакте. С целью их коррекции у такой группы больных предпочтение отдается антидепрессанту, обладающему минимальной кардиотоксичностью. Сложилось мнение, что применение ингибиторов MAO у кардиологических больных небезопасно. Однако такое утверждение обоснованно для необратимых ИMAO, способных вступать

в клиническое взаимодействие с антиангинальными и другими препаратами. Современный обратимый ИМАО нормазидол — высокобезопасный антидепрессант как для больных стенокардией напряжения, так и для больных, перенесших хирургическое вмешательство по поводу ИБС. Эти данные подтверждаются как результатами международных исследований, так и нашими результатами. Применение нормазидола в терапевтических дозах не оказывает клинически значимого влияния на цифры АД, ЧСС и показатели ЭКГ, кроме того, нормазидол обладает широким спектром действия: влияет на панико-ассоциированные симптомы, обладает ноотропным и нейротропным эффектом. Медикаментозная терапия депрессии длится не менее 6 месяцев, так как требует купирования и предотвращения возможных рецидивов. При лечении нормазидолом нами зарегистрирован начальный эффект уже через 1 месяц приема, полный эффект — через 2 месяца.

Полученные результаты позволили сделать следующие выводы.

1. Нами установлено, что Нормазидол — высокобезопасный препарат для коррекции психосоматической патологии у больных ИБС, стенокардией напряжения и перенесших аортокоронарное шунтирование.

2. Нормазидол не оказывает кардиотоксического влияния и не взаимодействует с кардиотропными препаратами.

3. Нормазидол достоверно снижает признаки депрессии, тревоги и вегетативной дисфункции у больных ишемической болезнью сердца.

4. При лечении Нормазидолом в суточной дозе 100—150 мг в два приема на протяжении 2 месяцев начальный эффект зарегистрирован уже через 1 месяц, полный эффект — через 2 месяца приема.

5. Следует признать рациональным подход, регламентируемый для врачей Западной Европы, предусматривающий раннюю диагностику и коррекцию психосоматических расстройств высоко безопасными препаратами.

#### Список литературы.

1. Краснов В. Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике // РМЖ. — 2002. — № 25. — С. 1187—1191.
2. Смуглевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М., 2003. — 55 с.
3. Долженко М. Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистой патологии: взгляд кардиолога // Практична ангіологія. — 2006. — № 1. — С. 17—24.
4. Погосова Г. В. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения // Психиатрия и психотерапевтическая фармакотерапия. — 2002. — № 5. — С. 46—52.
5. Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Шальнова С. А. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // Кардиология. — 2005. — № 8. — С. 6—9.
6. Малин Д. И. Побочное действие психотропных средств. — М., 2000. — 245 с.
7. Машковский М. Д. Лекарственные средства. Изд-е 15-е. — М., 2005. — С. 94—95.
8. Смуглевич А. Б., Глушков Р. Г., Андреева Н. И. Пиразидол в клинической практике // Неврология и психиатрия. — 2003. — № 7. — С. 67—69.
9. Спасова С. А. Лечение пирозидолом депрессий у больных пожилого возраста с соматическими заболеваниями // Терапевтический архив. — 2004. — 310. — С. 32—36.
10. Иванов С. В., Сыркин А. Л., Самушия М. А. Расстройства личности в послеоперационном периоде аортокоронарного шунтирования // Неврология и психиатрия. — 2004. — № 12. — С. 10—14.
11. Вейн А. И. Заболевания вегетативной нервной системы. — М.: Медицина. 1991. — С. 48—49.
12. Яновский Г. В. Качество жизни у больных с заболеваниями системы кровообращения // Украинский кардиологический журнал. — 2005. — № 1. — С. 16—20.

Надійшла до редакції 18.08.2007 р.

**С. Н. Малахова, Н. Я. Доценко, С. С. Боїв, І. А. Шехунова**  
**Можливості сучасних інгібіторів МАО у корекції психосоматичних і вегетативних розладів у хворих на стенокардію напруження і що перенесли хірургічні втручання з приводу ішемічної хвороби серця**

*Запорізька медична академія післядипломної освіти  
 (м. Запоріжжя)*

У роботі вивчено ефективність корекції симптомів депресії, тривоги і вегетативної дисфункції пірліндолом у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС). Обстежено 90 хворих на ІХС з різним ступенем вираженості психосоматичних розладів. Усі хворі отримували терапію ІХС, передбачену Національними стандартами, з них 60 пацієнтів отримували пірліндол («Нормазидол» компанії «Olain Farm», Латвія) в добовій дозі 100—150 мг в два прийоми впродовж 2 місяців, 30 пацієнтів склали контрольну групу. В результаті лікування Нормазидолом достовірно зменшилися ознаки депресії, тривоги і вегетативної дисфункції хворих на ІХС. Встановлено, що Нормазидол — високобезпечний препарат, оскільки не робить токсичного впливу і не взаємодіє з антиангінальними препаратами.

**S. N. Malakhova, N. J. Dotsenko, S. S. Boev, I. A. Shehunova,**  
**Possibilities of modern MAO inhibitors in correction of psychosomatic and vegetative disorders at patients with angina pectoris and carrying surgical interferences concerning ischemic heart disease**

*Zaporizhzhya medical academy of Postgraduate Education  
 (Zaporizhzhya)*

Efficiency of correction of symptoms of depression, alarm and vegetative dysfunction of pirlindolum at the patients ischemic heart disease is studied in work. 90 patients ischemic heart disease with a different degree of expressed of psychosomatic disorders are inspected. All patients got the ischemic heart disease therapy foreseen by the National standards, from them 60 patients got pirlindolum ("Normazydol" companies "Olain Farm", Latvia) in day's dose 100—150 mgs in two receptions during 2 months, 30 patients made a control group. As a result of the pirlindolum treatment the signs of depression, alarm and vegetative dysfunction at the patients ischemic heart disease diminished for certain. It is set that Normazydol is high-safe preparation, because does not have toxic influence and does not co-operate with antianginal therapy.