

## ЛИТЕРАТУРА

по положительному влиянию на индекс НОМА-IR, инсулинемии натощак, ИМТ батион превосходит препарат сравнения. Наилучший режим дозирования батиона: по 2 табл. 4 раза в день. Батион безопасен при применении у пациентов с СД 2 средней степени тяжести в дозировке 4—8 табл. в сутки в течение 12 нед: препарат не вызывает нежелательных явлений, не влияет на показатели общего анализа крови, общего анализа мочи. Учитывая эффективность и безопасность батиона, можно рекомендовать назначение данного препарата пациентам с СД 2 средней степени тяжести при умеренно выраженных нарушениях углеводного обмена.

1. Бородина В. И. Сахарный диабет. Клиника, диагностика, поздние осложнения, лечение (учебно-методическое пособие) — М.: ИД «Медпрактика-М». — 2006. — 60 с.
2. Вербовой А. Ф., Косарева О. В. Клиническая фармакология гипогликемизирующих средств: Учебно-справочное пособие. — Самара: СамГМУ, 1999. — 76 с.
3. Майоров А. Ю., Науменкова И. В. // РМЖ. — 2001. — Т. 9, № 24.
4. Чазова Т. Е. // РМЖ. — 2003. — Т. 11, № 27.
5. Эпштейн О. И., Штарк М. Б., Дыгай А. М. и др. Фармакология сверхмалых доз антагонистов рецепторов ангиотензина II к эндогенным регуляторам функций / Монография. — М.: Издательство РАМН. — 2005.

УДК 616.127-005.8:616.12-008.46:616.379-008.64:616.89:615.214.32

## ПРИМЕНЕНИЕ СЕРТРАЛИНА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

*М. Е. Стаценко, Н. Н. Шилина*

*Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолГМУ*

Проведено исследование по изучению влияния терапии сертралином на выраженность аффективных расстройств у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сахарным диабетом 2-го типа (СД 2), перенесших инфаркт миокарда. Назначение сертралина в раннем постинфарктном периоде эффективно устраняет депрессию и тревогу, достоверно снижает уровень психологического стресса, уменьшает проявления вегетативной дисфункции и улучшает сон, тем самым повышая качество жизни у больных ХСН и СД 2, страдающих аффективными расстройствами.

*Ключевые слова:* сертралин, аффективные расстройства, хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет 2-го типа, ранний постинфарктный период.

## SERTRALIN EFFECTS ON AFFECTIVE DISORDERS EXPRESSION IN CHRONIC HEART FAILURE AND DIABETES TYPE 2 PATIENTS DURING EARLY POST-INFARCTION PERIOD

*M. E. Statsenko, N. N. Shilina*

The study of sertraline therapy influence on affective disorders expression in chronic heart failure and diabetes type 2 patients during early post-infarction period was carried out. Statistically significant elimination of depression and anxiety, decreased psychological stress level, reduced autonomous dysfunction signs, improved sleep at the background of sertraline application were discovered in treated patients, and as a result improved quality of life was demonstrated in chronic heart failure and diabetes type 2 patients suffering affective disorders.

*Key words:* sertraline, affective disorders, chronic heart failure, diabetes type 2, early post-infarction period.

Депрессия утяжеляет течение ишемической болезни сердца и повышает летальность больных после инфаркта миокарда в 3—4 раза [1]. Депрессия не только порождает психологические проблемы, но и инициирует конкретные патофизиологические процессы, лежащие в основе атерогенеза, тромбообразования, повышения уровня артериального давления, частоты сердечных сокращений. Одним из этих механизмов является активация симпатoadреналовой системы, которой в последние годы придается важное значение в патогенезе прогрессирования хронической сердечной недостаточности [8]. Установлено, что депрессия у паци-

ентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями сопровождается снижением качества жизни [3] и вегетативными расстройствами в виде симпатикотонии с соответствующими жалобами (тяжесть, сжатие или тупые боли в области сердца, сердцебиение, колебания артериального давления и др.) [9].

Утяжеляет течение инфаркта миокарда и наличие СД 2 [4]. Диабетическая кардиопатия, имеющаяся у больных СД 2, определяет снижение сократительной способности сердца и повышает смертность пациентов с ХСН [1, 6].

Аффективные расстройства следует рассматривать как факторы, оказывающие неблагоприятное вли-

яние на уровень глюкозы крови, клиническое течение СД [2]. Особое значение придается стрессовым ситуациям, так как метаболическая реакция на стресс в результате повышения уровня гормонов (адреналина, кортизона и др.) в крови сопровождается гипергликемией [5].

В настоящее время стратегия реабилитации постинфарктных больных с ХСН и СД 2, страдающих аффективными расстройствами, остается малоизученной, что определяет актуальность проведения целенаправленных комплексных исследований у данной категории пациентов.

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучение влияния терапии сертралином (стимулотоном производства АО «ЭГИС») на выраженность депрессии, тревоги, уровень психологического стресса, сон, вегетативную дисфункцию и качество жизни у больных ХСН и СД 2 в раннем постинфарктном периоде.

## МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включено 60 больных с СД 2 и признаками тревожно-депрессивных расстройств на 3—4-й неделе после перенесенного инфаркта миокарда. У всех пациентов инфаркт миокарда осложнился наличием ХСН II-III функционального класса (ФК). Пациенты были разделены на 2 группы (по 30 человек), сходные по полу, возрасту, тяжести перенесенного инфаркта миокарда, наличию гипертонической болезни, основным показателям гемодинамики и углеводного обмена. Исходная характеристика групп больных представлена в табл. 1.

Таблица 1

### Исходная характеристика больных

| Показатели                     | 1-я группа<br>(30 человек) | 2-я группа<br>(30 человек) |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Возраст, лет                   | 66,13 ± 2,98               | 65,33 ± 3,02               |
| Мужчины / женщины              | 12/18                      | 13/17                      |
| ИМ с Q / без зубца Q           | 13/17                      | 10/20                      |
| Пациенты с ГБ / без ГБ         | 28/2                       | 27/3                       |
| ФК ХСН                         | 2,77 ± 0,84                | 2,69 ± 0,72                |
| ЧСС, ударов в минуту           | 67,30 ± 2,98               | 66,70 ± 3,02               |
| САД, мм рт. ст.                | 127,40 ± 6,92              | 128,6 ± 7,86               |
| ДАД, мм рт. ст.                | 76,50 ± 4,96               | 79,30 ± 5,14               |
| Глюкоза крови натощак, ммоль/л | 7,30 ± 1,02                | 7,50 ± 1,32                |
| HbA <sub>1c</sub> , %          | 7,40 ± 0,58                | 7,10 ± 0,73                |

Примечания: ИМ — инфаркт миокарда; ГБ — гипертоническая болезнь; ФК ХСН — функциональный класс хронической сердечной недостаточности; ЧСС — частота сердечных сокращений; САД — систолическое артериальное давление; ДАД — диастолическое артериальное давление; HbA<sub>1c</sub> — гликозилированный гемоглобин крови натощак.

Основная группа в дополнение к базисным препаратам (аспирин, метопролол, эналаприл, симвастан, при необходимости нитраты и мочегонные, а для

коррекции гипергликемии гликлазид ± метформин) получала сертралин 50 мг/сутки в течение 3 месяцев, контрольная группа — только базисную терапию. С пациентами обеих групп проводились психотерапевтические беседы. Наблюдение проводилось исходно и через 3 месяца терапии.

С целью определения наличия у пациентов тревожно-депрессивных расстройств применяли госпитальную шкалу тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS), для подтверждения и оценки выраженности депрессии использовался опросник депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI). Уровень стресса изучали с помощью шкалы психологического стресса Ридера, синдром вегетативной дистонии диагностировали с помощью вопросника для выявления признаков вегетативных изменений. Сон оценивали с помощью анкеты субъективной оценки нарушений сна; качество жизни больных — по результатам специфических опросников: Сиетлского опросника качества жизни у больных со стенокардией, Миннесотского опросника качества жизни у больных ХСН и неспецифического опросника качества жизни MOS SF-36 (Medical Outcomes Study 36 — Item Short-Form Health Survey) [3, 7].

Безопасность лечения стимулотоном определяли по данным электрокардиограммы (ЭКГ) (продолжительность основных кардиоинтервалов), анкеты скрининга синдрома апноэ во сне, лабораторных параметров (оценивали уровень глюкозы крови и гликозилированного гемоглобина HbA<sub>1c</sub>), а также регистрировали побочные эффекты терапии.

Статистическую обработку результатов проводили методами параметрической и непараметрической статистики на персональном компьютере PC IBM Pentium 166 MMX с использованием стандартных методов вариационной статистики программы Microsoft Excel 2003. Для оценки достоверности полученных результатов применяли t-критерий Стьюдента, а для вычисления значимости различий процентных долей — метод углового преобразования Фишера.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В конце 3-месячной терапии сертралином у больных 1-й группы наблюдается достоверное снижение выраженности тревоги и депрессии до нормальных значений, значительное уменьшение уровня психологического стресса и проявлений вегетативной дисфункции, нормализация сна. Во 2-й группе пациентов не произошло значимого уменьшения проявлений аффективных расстройств, снижения уровня стресса, достоверного изменения проявлений вегетативной дисфункции и улучшения качества сна. По результатам Миннесотского опросника и опросника SF-36, у пациентов 1-й группы в конце 3 месяцев лечения отмечено более выраженное улучшение качества жизни (табл. 2).

Таблица 2

## Динамика показателей психо-вегетативного статуса и качества жизни на фоне лечения

| Показатель  | 1-я группа (n = 30),<br>прием сертралина |               |       | 2-группа (n = 30),<br>группа контроля |              |         |
|---|--|---------------|-------|---------------------------------------|--------------|---------|
|   | исходно                                  | 3 месяца      | Δ %   | исходно                               | 3 месяца     | Δ %     |
| Тревога по HADS, балл                                   | 10,78 ± 0,53                             | 6,24 ± 0,84*  | -42,1 | 10,76 ± 0,90                          | 8,78 ± 1,20  | -18,4** |
| Депрессия по HADS, балл                                 | 10,53 ± 0,86                             | 5,14 ± 0,72*  | -51,2 | 10,63 ± 0,80                          | 8,09 ± 1,30  | -23,9** |
| Депрессия по Беку, балл                                 | 19,48 ± 1,56                             | 10,26 ± 1,90* | -47,3 | 19,52 ± 1,80                          | 16,8 ± 2,34  | -13,9** |
| Высокий уровень стресса, %                              | 40                                       | 0             | 0     | 37                                    | 33           | 10,8**  |
| Средний уровень стресса, %                              | 43                                       | 39            | -9,3  | 47                                    | 49           | 4,3     |
| Низкий уровень стресса, %                               | 17                                       | 61            | 25,8  | 16                                    | 18           | 12,5    |
| Вегетативная дисфункция, балл                           | 37,56 ± 3,80                             | 24,9 ± 4,1*   | -33,7 | 36,89 ± 4,30                          | 32,78 ± 3,05 | -11,1** |
| Сон, балл   | 17,40 ± 0,64                             | 24,67 ± 0,72* | 41,8  | 17,54 ± 0,70                          | 18,76 ± 1,12 | 7**     |
| Апноэ, балл   | 5,16 ± 0,82                              | 4,12 ± 0,58   | -20,2 | 5,14 ± 0,90                           | 5,46 ± 0,87  | 6,2     |
| Сиетлский опросник, балл                                | 65,70 ± 3,38                             | 78,40 ± 2,14* | 19,3  | 66,34 ± 3,45                          | 69,92 ± 3,63 | 5,4     |
| Количество ангинозных приступов в неделю                | 4,98 ± 0,65                              | 3,20 ± 0,54   | -35,7 | 4,92 ± 0,58                           | 5,42 ± 0,86  | 10,2**  |
| Количество принимаемых таблеток нитроглицерина в неделю | 4,98 ± 0,65                              | 3,20 ± 0,54   | -35,7 | 4,92 ± 0,58                           | 5,42 ± 0,86  | 10,2**  |
| Миннесотский опросник, балл                             | 54,62 ± 2,70                             | 42,27 ± 1,60* | -22,6 | 55,37 ± 2,64                          | 49,80 ± 2,19 | -10,1   |
| SF-36, %  | 47,53 ± 2,40                             | 58,35 ± 2,70* | 22,8  | 48,56 ± 2,30                          | 53,8 ± 2,60  | 10,8    |

\* достоверные различия при  $p < 0,05$ ;

\*\* достоверные различия между группами,  $p < 0,05$ .

При сравнении по критерию Фишера выявлены отличия между группами по следующим показателям: достоверно снизились проявления депрессии и тревоги, уровень психологического стресса, достоверно уменьшились проявления вегетативной дисфункции и улучшился сон у пациентов основной группы, принявшей сертралин. По данным Сиетлского опросника, у больных 1-й группы, в отличие от 2-й, в конце исследования отмечено достоверное уменьшение количества приступов стенокардии и количества принимаемых таблеток нитроглицерина в неделю.

На фоне приема пациентами сертралина на ЭКГ не было отмечено статистически значимых изменений основных кардиоинтервалов (P, PQ, QT), уменьшились проявления obstructивного апноэ во сне, что свидетельствует о безопасности применения сертралина у боль-

ных ХСН и СД 2 в раннем постинфарктном периоде. Также не произошло достоверно значимых изменений уровня глюкозы крови и гликозилированного гемоглобина, что говорит об отсутствии влияния проводимой терапии на углеводный обмен. Неблагоприятных эффектов проводимой терапии зарегистрировано не было.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Назначение сертралина в раннем постинфарктном периоде у больных с ХСН и СД 2 эффективно устраняет тревожно-депрессивные расстройства, что сопровождается снижением уровня психологического стресса и улучшением качества сна, уменьшением количества приступов стенокардии и способствует повышению качества жизни. На фоне 3-месячной комбинированной терапии с включением сертралина у пациентов достоверно уменьшаются проявления вегетативного дисбаланса, что свидетельствует о наличии у сертралина вегетостабилизирующего действия. Применение сертралина позволяет оптимизировать лечение в восстановительном периоде инфаркта миокарда у пациентов с аффективными расстройствами.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Белялов Ф. И.* Лечение сочетанных расстройств. М.: Медицинская книга, Н.Новгород: Издательство НГМА, 2000. — 350 с.
2. *Гарганеева Н. П., Семке В. Я., Белокрылова М. Ф.* // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — № 2 (прил.). — С. 3—9.
3. *Новик А. А., Ионова Т. И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб: Издательский Дом «Нева», М.: «Олма-ПРЕСС Звездный мир», 2002. — 320 с.
4. *Панова Е. И., Стронгин Л. Г., Круглова Н. Е.* и др. // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2004. — № 3 (4) (прил. 2). — 582 с.
5. *Сидоров П. И., Новикова И. А., Соловьев А. Г.* // Терапевтический архив. — 2001. — № 1. — С. 68—70.
6. *Соколов Е. И.* Диабетическое сердце. — М.: Медицина, 2002. — 416 с.
7. *Стаценко М. Е., Рыбак В. А., Говоруха О. А.* // Кардиология. — 2005. — № 45 (12). — С. 48—52.
8. *Сыркин А. Л.* // Consilium Medicum. — 2002. — Экстр. выпуск. — С. 7—9.
9. *Толчий Н. В.* // Фарматека. — 2005. — № 10. — С. 36—42.