

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ  
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ  
С ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

А.В. СТРУТЫНСКИЙ, А.П. БАРАНОВ, О.Ш. ОЙНОТКИНОВА, Е.В. ГОРБАЧЁВА, Ю.Ю. ГОЛУБЕВ

*ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России,  
ул. Островитянова, д. 1, г. Москва, 117997, Россия*

**Аннотация.** В статье представлены результаты оригинального исследования российского препарата, обладающего ноотропным, антидепрессивным, анксиолитическим действием в лечении больных кардиологического профиля. Отмечено, что в последние годы увеличивается распространённость тревожно-депрессивных расстройств у больных кардиологического профиля с хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией. Высокая социальная значимость инвалидизации больных с хронической сердечной недостаточностью поддерживает постоянный интерес клиницистов к разработке новых способов и методов длительного лечения. Изучена эффективность включения препарата Пантогам актив в состав длительной (12-месячной) комплексной кардиальной терапии 98 больных с хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией с тревожно-депрессивными расстройствами. Оценка результатов происходила не только с помощью инструментальных методов, но и также с использованием специализированных стандартизированных опросников. Основное воздействие препарата происходит благодаря повышению устойчивости мозга к гипоксии, стимуляции анаболических процессов в нейронах, уменьшения моторной возбудимости. Показано, что лечение препаратом Пантогам актив сопровождается значительной редукцией тревожно-депрессивных расстройств, улучшением вегетативной регуляции функций сердца, тенденцией к некоторой стабилизации АД, повышением толерантности к физической нагрузке, снижением частоты внеплановых госпитализаций в связи с усугублением признаков хронической сердечной недостаточности, нестабильностью артериальной гипертензии или ишемической болезни сердца, а также заметным улучшением качества жизни.

**Ключевые слова:** Хроническая сердечная недостаточность, тревожно-депрессивные расстройства, Пантогам актив.

**RESULT OF PROLONGED COMBINED THERAPY PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE  
AND ARTERIAL HYPERTENSION WITH ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS**

A.V. STRUTYNSKY, A.P. BARANOV, O.SH. OYNOTKINOVA, E.V. GORBACHEV, J.J. GOLUBEV

*FGBOU VO RNIMU N.I. Pirogov Russian Ministry of Health,  
Str. Ostrovityanova, d. 1, Moscow, 117997, Russia*

**Abstract.** The article presents the results of original research of the Russian drug having neuroprotective, antidepressant, anxiolytic effects in the treatment of patients with ischemic heart diseases. It was noted that in recent years has increased the prevalence of anxiety and depressive disorders in cardiological patients with chronic heart failure and hypertension. A high social importance of disability in patients with chronic heart maintains an constant interest of clinicians to develop new techniques and methods of long-term treatment. Investigated the efficiency of the inclusion of the drug Pantogam active in the long-term (12-month) integrated cardiac therapy 98 patients with chronic heart failure and hypertension with anxiety and depressive disorders. Evaluation of result took place not only with the help of instrumental methods, but also with the use of specialized standardized questionnaires. The main effect of the drug is due to the increasing resistance the brain to hypoxia, stimulating anabolic processes in neurons, reduction of excitability of the motoneurons. It has been shown that treatment with Pantogam active is accompanied by a significant reduction of anxiety and depressive disorders, improving autonomic regulation of the heart function, the trend towards a stabilization of blood pressure, increased exercise tolerance, reduced rates of unplanned hospitalization due to worsening of symptoms of chronic heart failure, unstable arterial hypertension or coronary heart disease, as well as a marked improvement in the quality of life.

**Key words:** chronic heart failure, anxiety-depressive disorders, Pantogam active.

*Хроническая сердечная недостаточность (ХСН), наиболее частыми причинами которой являются артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС), остается одной из наиболее значимых проблем современной кардиологии. Высокая распространенность и значительная частота инвали-*

дизации и преждевременной смертности больных ХСН, объясняют высокую социальную значимость заболевания и тот интерес, который клиницисты проявляют к разработке оптимальных схем длительной терапии этих больных [2, 7, 16, 17, 22].

В последние годы доказана высокая распространенность у больных ХСН и АГ тревожно-депрессивных расстройств, частота которых достигает 48-60% [5, 10, 12, 23]. При этом депрессия оказывает существенное негативное влияние на больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе пациентов с ХСН. В ряде исследований установлено, что депрессия является, прежде всего, сильным предиктором неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и повторных госпитализаций, независимо от функционального класса ХСН [20, 24, 25], в 1,5-2 раза увеличивая риск развития кардиоваскулярных катастроф и смерти от *инфаркта миокарда* (ИМ), мозгового инсульта и прогрессирующей ХСН, а также существенным ухудшением качества жизни [10, 13, 15, 18-20, 23-25].

В ряде недавних исследований продемонстрирована высокая эффективность курсового 4-8-недельного применения у больных ХСН и АГ с тревожно-депрессивными расстройствами отечественного препарата *D-, L-гопантеновая кислота (Пантогам актив* компании «ПИК-ФАРМА»), обладающего не только мягким ноотропным действием, но и умеренным антидепрессивным и ангиолитическим эффектами. Показано, что препарат повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсических веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах, сочетает умеренное седативное действие с мягким стимулирующим эффектом, уменьшает моторную возбудимость, активирует умственную и физическую работоспособность, а также способствует редукции таких психопатологических симптомов, как астения, гипотимия, тревога, соматовегетативные расстройства [8, 9, 11].

Между тем в литературе до сих пор отсутствуют работы, посвященные изучению эффективности длительного применения препарата *Пантогам актив* в составе комбинированной кардиальной терапии для коррекции тревожно-депрессивных расстройств у больных ХСН и АГ.

**Цель исследования** – изучение эффективности длительной комбинированной кардиальной терапии с применением препарата *Пантогам актив* у больных ХСН и АГ с тревожно-депрессивными расстройствами.

**Материалы и методы исследования.** В исследование включено 98 больных ХСН II-III ФК по *НУНА*, развившейся на фоне длительного течения АГ и ИБС, в том числе после перенесенного ИМ. *Критериями включения* больных явилось: 1) наличие достоверных клинических и инструментальных признаков АГ, ИБС и ХСН II-III ФК по *НУНА* в сочетании с признаками тревожных, тревожно-депрессивных расстройств (коды МКБ-10 *F40.0–F41.9*), соматоформных расстройств (*F45.0–F.45.9*), расстройств приспособительных реакций (*F43.2*), неврастении (*F48.0*) или соматогенной астении (*F06.6*); 2) информированное согласие пациента.

Таблица 1

**Сравнительная клиническая характеристика больных ХСН и АГ с тревожно-депрессивными расстройствами**

Признаки	Контрольная группа n=48	Основная группа n=50	<i>P</i> <sub>1-2</sub>
Мужчины	29 (60,4%)	27 (54,0)	-
Женщины	19 (39,6%)	23(46,0%)	-
Ср. возраст, лет	66,4±3,2	67,4±3,6	-
Ср. длительность ИБС, лет	9,8±2,7	10,2±2,5	-
ИМ а анамнезе	23 (47,9%)	26 (52,0%)	-
Ср. длит-ть ХСН, лет	5,3±2,3	6,4±2,5	-
ХСН II ФК по <i>НУНА</i>	30 (62,5%)	32 (64,0%)	-
ХСН III ФК по <i>НУНА</i>	18 (37,5%)	18 (36,0%)	-
Ср. баллы шкалы ШОКС	5,52±0,3	5,62±0,4	-
Ср. длительность АГ	9,6 ±3,2	10,1±4,3	-
Ср. число госпитализаций в год (ХСН, АГ или/и ИБС)	1,26±0,11	1,34±0,10	-
СД 2 типа	9 (18,7%)	10(20,0%)	-
Инсульт в анамнезе	7 (14,6%)	8 (16,0%)	-
Суммарный балл по шкале Гамильтона ( <i>HARS</i> )	14,6±1,4	15,3±1,3	-
Ср. балл по шкале депрессии <i>HADS</i>	9,7±0,7	9,8±0,6	-
Ср. балл по шкале тревоги <i>HADS</i>	10,2±1,1	9,8±0,6	-

*Критериями исключения* пациентов из исследования явились: 1) острый ИМ или мозговой инсульт менее чем за 3 мес. до начала исследования; 2) наличие острых или обострений хронических воспалительных заболеваний внутренних органов, а также признаков почечной или печеночной недостаточности; 3) отсутствие систематической адекватной кардиальной терапии (см. ниже) в течение не менее 3 мес. до начала исследования; 4) прием любых психотропных препаратов (антидепрессантов, анксиолитиков, ноотропов).

В зависимости от характера длительной комбинированной терапии, назначенной после первичного обследования, все больные были разделены на 2 группы (табл. 1). В *первую (контрольную) группу* включены 48 больных ХСН II-III ФК по *NYHA* с признаками тревожно-депрессивных расстройств (средний возраст – 66,4±3,2 лет), которые в последующем получали базовую кардиальную терапию (ингибиторы АПФ, β-адреноблокаторы, статины, аспирин, мочегонные и в отдельных случаях дигоксин), но без применения препарата *Пантогам актив*.

Во *вторую (основную) группу* вошли 50 пациентов с ХСН II-III ФК по *NYHA* (средний возраст – 67,4±3,6 лет) в сочетании с признаками тревожно-депрессивных расстройств, которые помимо перечисленной выше базисной кардиальной терапии, на протяжении 12 месяцев получали три 8-недельных курса терапии препаратом *Пантогам актив* в дозе 1200 мг в сутки с перерывами по 1-2 мес.

Как видно из табл. 1, по основным клиническим характеристикам (возраст, длительность заболевания, число больных, перенесших ИМ или мозговой инсульт, тяжесть течения ХСН, частота сопутствующих заболеваний, а также характер и объем кардиальной терапии у пациентов обеих групп был практически одинаковым) больные обеих групп практически не отличались друг от друга. Одинаковыми оказались также средние баллы шкал депрессии и тревоги *HARS* и *HADS* ( $p>0,1$ ), что в целом соответствовало наличию у большинства больных обеих групп умеренных тревожных и депрессивных расстройств.

Выраженность психопатологических расстройств и эффективность лечения препаратом *Пантогам актив* оценивали по *шкале оценки тревоги и депрессии Гамильтона (HARS)* и госпитальной шкале тревоги и депрессии *HADS*. Качество жизни оценивали по результатам опросника *SF-36*.

В работе использовались также стандартные методики ЭхоКГ-исследования на аппаратах «*Acuson-128 XP*» (США) и *Sonoage 4800* (Ю. Корея), суточного мониторинга АД и ЭКГ по Холтеру на приборе «*Schiller MT 200*» с определением основных показателей ВРС. Для оценки тяжести клинических проявлений ХСН использовали шкалу ШОКС по В.Ю. Марееву. Толерантность больных к физической нагрузке оценивали по результатам теста 6-минутной ходьбы.

Клинико-инструментальное исследование больных проводили в период рандомизации (исходные данные), а также через 12 месяцев от начала лечения (заключительный визит).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ *Statistica 6.0*. Результаты представлены в виде среднего значения и ошибки средней ( $M±m$ ). Статистическая значимость различий оценивалась с помощью параметрических *t*-критерия Стьюдента и *F*-критерия Фишера (при нормальном распределении параметров), а также непараметрического критерия Манна-Уитни (при ненормальном распределении). Различия считали достоверными при  $p<0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** В табл. 2 представлена динамика выраженности тревожно-депрессивных расстройств у больных ХСН и АГ на фоне длительной комбинированной терапии. У больных *основной группы* на фоне длительной комбинированной терапии с применением препарата *Пантогам актив* наблюдалось существенное уменьшение суммарного балла *шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HARS)* на 24,2% ( $p<0,05$ ). Средний балл по шкалам тревоги и депрессии *HADS* также уменьшился на 21,4 и 15,4% соответственно ( $p<0,05$ ), что свидетельствовало о выраженной положительной динамике тревожно-депрессивных расстройств.

В отличие от этого, у пациентов *контрольной группы* на фоне длительной кардиальной терапии наблюдалась лишь тенденция к небольшому и недостоверному уменьшению суммарного балла шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (*HARS*) на 13,7% ( $p>0,05$ ), а также среднего балла по шкалам тревоги и депрессии *HADS* соответственно на 5,2% и 7,8% ( $p>0,05$ ).

При этом через 12 месяцев от начала лечения средние значения шкал тревоги и депрессии *HADS* у пациентов основной группы достоверно отличались от аналогичных показателей в группе контроля ( $p<0,05$ ), что подтверждало эффективность препарата *Пантогам актив* в существенной коррекции тревожно-депрессивных расстройств у больных ХСН и АГ.

Таблица 2

Динамика выраженности тревожно-депрессивных расстройств у больных ХСН и АГ на фоне длительного комбинированного лечения  
 (по данным шкалы *HADS* и шкалы Гамильтона *HARS*, в баллах)

Показатели	Контрольная группа n=48		Основная группа n=50		P <sub>1-2</sub>	P <sub>3-4</sub>	P <sub>2-4</sub>
	Исходные данные	Через 12 месяцев	Исходные данные	Через 12 месяцев			
	1	2	3	4			
<b>Шкала тревоги HADS</b>							
II ФК по NYHA	10,0±0,6	9,5±0,8	9,2±0,7	7,3±0,6	-	<0,05	<0,05
III ФК по NYHA	10,4±0,8	9,8±0,6	10,3±0,6	8,0±0,8	-	<0,05	=0,05
II-III ФК	9,7±0,7	9,2±0,5	9,8±0,6	7,7±0,6	-	<0,05	<0,05
<b>Шкала депрессии HADS</b>							
II ФК по NYHA	9,9±0,8	9,6±1,1	9,9±0,6	8,2±0,7	-	<0,05	
III ФК по NYHA	11,0±1,0	10,4±0,6	10,5±0,5	8,4±0,6	-	<0,05	<0,05
II-III ФК	10,2±1,1	9,4±0,8	10,4±0,5	8,8±0,4	-	<0,05	-
<b>Шкала депрессии Гамильтона (HARS)</b>							
Суммарный балл	14,6±1,4	12,6±1,2	15,3±1,3	11,6±1,0	-	<0,05	-

Эти данные ассоциировались с более выраженной положительной динамикой клинических признаков заболевания, результатов холтеровского мониторирования ЭКГ и толерантности к физической нагрузке, которые выявлялись у пациентов основной группы на фоне комбинированного лечения с применением препарата *Пантогам актив* (табл. 3).

Таблица 3

Динамика клинических признаков заболевания, результатов холтеровского мониторирования ЭКГ и толерантности к физической нагрузке на фоне лечения препаратом *Пантогам актив*

Показатели	Контрольная группа n=48		Основная группа n=50		P <sub>1-2</sub>	P <sub>3-4</sub>	P <sub>2-4</sub>
	Исходные данные	Через 12 месяцев	Исходные данные	Через 12 месяцев			
	1	2	3	4			
Частота ХСН III ФК по NYHA	18 (37,5%)	15 (31,2%)	18 (36,0%)	12 (24,0%)	-	<0,05	<0,05
Ср. значения ФК ХСН по NYHA	2,05±0,2	1,87±0,2	2,02±0,1	1,72±0,1	-	<0,05	-
Шкала ШОКС, баллы	5,52±0,3	4,83±0,2	5,62±0,3	4,66±0,2	<0,05	<0,05	-
Дистанция 6-минутной ходьбы	345±10	385±11	342±12	415±12	<0,05	<0,001	<0,05
Частота госпитализаций в связи с ХСН, АГ или ИБС	1,26±0,1	1,06±0,11	1,34±0,10	0,92±0,06	<0,05	<0,01	=0,05
Число б-ных с частыми НЖЭ	15 (31,2%)	12 (25,0%)	18 (36,0%)	13 (26,0%)	-	-	-
Ср. частота НЖЭ в сутки	746±18	692±15	873±20	793±18	<0,05	<0,01	<0,001
Число больных с ФП	8(16,7%)	8 (16,7%)	10(20,0%)	8 (16,0%)	-	-	-
Число больных с ЖЭ 2-5 класса по B. Lown и M. Wolf	9 (18,7%)	7 (14,6%)	11 (22,0%)	8 (16,0%)	-	-	-
Ср. частота ЖЭ в сутки	392±17	332±17	469±16	388±15	<0,05	<0,01	<0,05

Как видно из таблицы, у больных *основной группы* к моменту окончания лечения наблюдалось достоверное уменьшение ( $p<0,05$ ) частоты выявления выраженной ХСН III ФК по NYHA (на 33,3%), средних значений ФК ХСН (на 23,8%), значений шкалы ШОКС (на 17,1%), а также частоты внеплановых госпитализаций в связи с усугублением ХСН, нестабильным течением АГ или ИБС (на 31,1%). На фоне комбинированной терапии происходило также достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке и дистанции 6-минутной ходьбы в среднем на 21,3% ( $p<0,01$ ).

Кроме того, на фоне приема кардиальной терапии с использованием *Пантогам актив* отмечена тенденция к уменьшению числа больных с НЖЭ и ЖЭ 2-5 класса по классификации B. Lown и M. Wolf

( $p > 0,05$ ). Средняя частота НЖЭ в сутки у больных, имевших это нарушение ритма, достоверно уменьшилось на 9,2% ( $p < 0,05$ ), а среднее число ЖЭ – на 17,3% ( $p < 0,01$ ).

У больных контрольной группы на фоне кардиальной терапии также наблюдалось небольшое уменьшение ( $p < 0,05$ ) случаев тяжелой сердечной недостаточности (на 17,3%), средних значений шкалы ШОКС (на 12,5%), средней частоты НЖЭ и ЖЭ в сутки (на 7,2 и 15,3%) и увеличение дистанции 6-минутной ходьбы (на 11,6%), хотя эти изменения были существенно менее выраженными, чем у пациентов основной группы, получавших, помимо базовой кардиальной терапии, *Пантогам актив*.

В табл. 4 представлена динамика основных показателей *вариабельности ритма сердца* (ВРС) у пациентов с ХСН, АГ и тревожно-депрессивными расстройствами. Как видно из таблицы, при первичном исследовании у больных обеих групп выявлялись значительные и одинаково выраженные нарушения вегетативного контроля над функцией сердечно-сосудистой системы, что вполне соответствовало современным представлениям об изменениях вегетативной регуляции у больных ХСН и АГ [1], особенно у пациентов с депрессивными расстройствами [19]. Наблюдалось, в частности, достоверное снижение по сравнению с нормой ( $p < 0,01$ ) основных интегральных показателей ВРС (*SDNN* и *SDANN*), а также маркеров парасимпатической активности (*rMSSD* и *pNN50*), что указывало на значительное преобладание активности симпатического звена *вегетативной нервной системы* (ВНС) и недостаточности парасимпатического тонуса.

Таблица 4

**Динамика показателей ВРС на фоне длительной комбинированной терапии больных ХСН и АГ**

Показатели ВРС		Контрольная группа n=48		Основная группа n=50		$P_{1-2}$	$P_{3-4}$	$P_{2-4}$
		Исходные данные	Через 12 месяцев	Исходные данные	Через 12 месяцев			
		1	2	3	4			
<i>SDNN</i> , мс	день	90±2,6	98,2±2,3	88±2,3	106,3±2,2	<0,05	<0,001	<0,05
	ночь	81±2,2	89,2±2,5	80±2,1	95,4±2,3	<0,05	<0,001	-
	сутки	85±2,7	93,5±2,4	84±2,4	100,2±2,2	<0,05	<0,001	<0,05
<i>SDANN</i> , мс	день	79±2,5	85±2,5	78±2,3	93±2,3	-	<0,001	<0,05
	ночь	65±2,7	74±2,4	64±2,5	80±2,2	<0,05	<0,001	-
	сутки	72±3,2	79±2,3	70±3,3	86±2,1	-	<0,001	<0,05
<i>SDNNind</i> , мс	день	42±2,0	44±2,3	40±2,2	47±2,3	-	<0,05	-
	ночь	40±2,5	45±2,3	38±2,3	50±2,2	-	<0,001	-
	сутки	41±2,3	44±2,4	39±2,4	48±1,8	-	<0,01	-
<i>rMSSD</i> , мс	день	19±2,4	23±2,5	18±2,4	27±2,3	-	<0,05	-
	ночь	23±2,5	27±3,3	21±2,5	31±2,3	-	<0,05	-
	сутки	21±2,3	25±3,4	19,6±2,4	29±2,1	-	<0,05	-
<i>pNN50</i> , %	день	4±0,9	6±1,4	5±0,8	8±1,0	-	<0,05	-
	ночь	5±1,0	5±1,2	5±0,9	12±0,8	-	<0,001	<0,01
	сутки	4,5±1,1	5,5±0,8	5±1,2	10±0,6	-	<0,001	<0,01

У пациентов основной группы через 12 месяцев лечения происходило значительное увеличение средних значений *SDNN*, *SDANN* (на 19,0%;  $p < 0,001$ ) и особенно маркеров парасимпатической активности (*rMSSD* и *pNN50*) (на 52,0%;  $p < 0,001$ ), что отражало отчетливую тенденцию к восстановлению баланса обоих звеньев ВНС и существенному снижению гиперактивации *симпто-адреналовой системы* (САС).

В отличие от этого, у больных контрольной группы, не получавших в составе комбинированной терапии препарат Пантогам актив, наблюдалось лишь небольшое увеличение *SDNN*, *SDANN* (на 9,4%;  $p < 0,05$ ), тогда как изменения маркеров парасимпатической активности (*rMSSD* и *pNN50*) были статистически незначимыми ( $p > 0,1$ ). В результате средние значения всех указанных показателей ВРС у пациентов основной группы достоверно превышали таковые у больных группы контроля ( $p < 0,05-0,01$ ), свидетельствуя об отчетливом положительном влиянии применения *Пантогам актив* на состояние вегетативной регуляции функций сердца у больных ХСН и АГ с признаками тревожно-депрессивных расстройств.

В табл. 5 представлены результаты анализа динамики показателей СМАД у больных ХСН и АГ с тревожно-депрессивными расстройствами. Из таблицы видно, что при первичном исследовании у больных обеих групп наблюдалось достоверное повышение по сравнению с нормой среднесуточного, дневного и ночного *систолического* (САД) и *диастолического АД* (ДАД) ( $p < 0,001$ ), значительное увеличение

индекса времени (ИВ) САД и ДАД ( $p < 0,001$ ) и умеренное увеличение значений вариабельности САД и ДАД. Наблюдалось также достоверное уменьшение степени ночного снижения САД и ДАД ( $p < 0,05$ ).

На фоне длительной комбинированной терапии у большинства больных обеих групп было отмечено не только снижение дневного, ночного и среднесуточного АД (на 8,9-14,8% по сравнению с исходным ( $p < 0,05-0,001$ ), но и значительное уменьшение ИВ САД и ИВ ДАД (в среднем на 13,2-30,5;  $p < 0,01$ ) и вариабельности САД и ДАД (на 21,0-35,0%;  $p < 0,05-0,01$ ). Наблюдалось также достоверное увеличение степени ночного снижения САД и ДАД ( $p < 0,05-0,01$ ).

Как известно, снижение дневной и ночной нагрузки давлением на ЛЖ (ИВ САД и ИВ ДАД), вариабельности АД вместе с увеличением степени его ночного снижения служат наиболее надежными критериями эффективности антигипертензивного лечения и отражают стабилизацию давления и уменьшение его суточных колебаний [2]. Следует подчеркнуть, что положительная динамика почти всех перечисленных показателей у пациентов основной группы была в 1,6-1,7 раза более выраженной, чем у больных группы контроля. Достоверные отличия результатов 2-х вариантов лечения ( $p < 0,05$ ) были выявлены для дневных и среднесуточных значений ИВ САД, дневных значений ИВ ДАД и суточного индекса САД, что подтверждает большую эффективность длительной комбинированной терапии с использованием препарата *Пантогам актив*, уменьшавшего выраженность тревожно-депрессивных расстройств у больных ХСН и АГ.

Таблица 5

**Динамика показателей СМАД на фоне длительной комбинированной терапии больных ХСН и АГ**

Показатели		Контрольная группа <i>n</i> =48		Основная группа <i>n</i> =50		<i>P</i> <sub>1-2</sub>	<i>P</i> <sub>3-4</sub>	<i>P</i> <sub>2-4</sub>
		Исходные данные	Через 12 месяцев	Исходные данные	Через 12 месяцев			
		1	2	3	4			
САД	сутки	153,1±2,5	139,4±2,5	155,2±2,4	132,4±2,6	<0,001	<0,001	-
	день	159,3±2,6	146,2±2,2	162,3±2,5	139,2±2,3	<0,001	<0,001	-
	ночь	145,2±2,3	132,3±2,3	148,1±2,4	126,4±2,5	<0,001	<0,001	-
ДАД	сутки	89,6±2,2	81,5±2,9	90,6±2,3	78,4±2,6	<0,05-	<0,01	-
	день	94,4±2,5	87,3±2,4	95,3±2,4	85,2±2,5	<0,05	<0,05	-
	ночь	81,3±2,2	74,8±2,4	82,3±2,1	72,6±2,3	<0,05	<0,01	-
ИВ САД, %	сутки	57,3±2,6	46,3±2,1	59,2±2,3	41,2±1,2	<0,01	<0,001	<0,05
	день	56,5±2,4	48,5±2,2	57,6±2,2	42,2±2,2	<0,05	<0,001	<0,05
	ночь	58,2±3,0	44,2±2,4	60,6±3,2	40,2±2,4	<0,01	<0,001	-
ИВ ДАД, %	сутки	53,3±2,0	46,5±2,1	54,8±3,1	42,4±2,4	0,05	<0,01	-
	день	54,4±2,1	48,1±2,3	55,5±3,3	42,3±2,1	0,05	<0,01	<0,05
	ночь	52,6±2,2	45,8±2,2	54,4±3,2	42,1±2,3	<0,05	<0,01	-
Вариабельность САД, %	сутки	19,5±1,3	15,5±1,0	20,5±1,2	13,6±1,2	<0,05	<0,001	-
	день	20,3±1,5	16,5±1,1	21,4±1,4	14,5±1,4	<0,05	<0,001	-
	ночь	19,2±1,5	15,4±1,2	20,5±1,3	13,2±1,5	<0,05	<0,001	-
Вариабельность ДАД, %	сутки	18,9±1,6	14,9±1,3	18,3±1,3	13,0±1,5	<0,05	<0,05	-
	день	19,7±1,4	15,6±1,2	19,2±1,3	13,5±1,6	<0,05	<0,05	-
	ночь	18,3±1,6	14,5±1,5	18,6±1,5	12,6±1,7	-	<0,05	-
Суточн. индекс САД, %		6,7±0,6	8,7±0,8	6,3±0,6	10,6±0,6	<0,05	<0,01	<0,05
Суточн. индекс ДАД, %		6,3±0,9	8,2±0,9	6,7±1,0	10,2±0,9	<0,05	<0,05	-

Положительный эффект комбинированной кардиальной терапии с применением *Пантогам актив* у больных основной группы сопровождался заметным улучшением качества жизни. Так, по результатам опросника *SF-36* у большинства больных отмечена достоверная положительная динамика ( $p < 0,05$ ) таких показателей как физическое, ролевое физическое и ролевое эмоциональное функционирование, общее и психическое здоровье, болевой синдром (табл. 6). Эти результаты существенно превышали ( $p < 0,05$ ) сходную динамику показателей качества жизни у пациентов контрольной группы, не получавших лечения *Пантогам активом*.

Динамика показателей качества жизни на фоне лечения препаратом Пантогам актив  
 (по данным опросника SF-36)

Показатель оценки качества жизни	Контрольная группа n=48		Основная группа n=50		P <sub>1-2</sub>	P <sub>3-4</sub>	P <sub>2-4</sub>
	Исходные данные	Через 12 месяцев	Исходные данные	Через 12 месяцев			
	1	2	3	4			
Физическое функционирование	59,6±5,0	62,0±2,1	56,3±4,5	68,0±2,2		<0,05	<0,05
Роль физическое функционирование	49,8±4,3	53,1±2,5	48,2±4,5	59,9±2,3		<0,05	<0,05
Боль	58,6±3,6	63,2±2,1	57,6±3,2	67,2±2,4		<0,05	-
Общее здоровье	42,2±4,6	49,8±2,4	39,3±4,6	54,8±2,3	<0,05		<0,05
Общая активность (витальность)	47,2±4,3	49,1±2,9	43,6±4,5	56,1±2,3			<0,05
Социальное функционирование	52,2±4,6	51,2±3,8	48,2±4,2	54,3±3,0		-	-
Роль эмоциональное функционирование	62,6±5,3	65,8±3,0	59,3±3,4	69,6±2,3		<0,05	-
Психическое здоровье	53,3±4,1	55,3±2,8	50,4±2,1	58,3±2,8		<0,05	-

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что включение в состав длительной комбинированной терапии больных ХСН и АГ препарата *Пантогам актив* сопровождается значительной редукцией тревожно-депрессивных расстройств, улучшением вегетативной регуляции функций сердца, тенденцией к некоторой стабилизации АД, повышением толерантности к физической нагрузке, снижением частоты внеплановых госпитализаций в связи с усугублением признаков ХСН, нестабильностью АГ или ИБС, а также заметным улучшением качества жизни.

**Выводы.** Включение в состав длительной комбинированной терапии больных ХСН и АГ препарата *Пантогам актив* сопровождается значительной редукцией тревожно-депрессивных расстройств, улучшением вегетативной регуляции функций сердца, тенденцией к некоторой стабилизации АД, повышением толерантности к физической нагрузке, снижением частоты внеплановых госпитализаций в связи с усугублением признаков ХСН, нестабильностью АГ или ИБС, а также заметным улучшением качества жизни.

Работа выполнена при поддержке РГНФ, грант № 14-06-01029

### Литература

1. Бакаев Р.Г. Особенности формирования, прогрессирования и результатов длительной медикаментозной терапии ХСН у больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда: автореф. дисс. д.м.н. М., 2010. 50 с.
2. Больные с ХСН в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА–О–ХСН) / Агеев Ф.Т. [и др.] // Сердечная недостаточность. 2004. Т.5, № 1. С. 4–7.
3. Бурячковская Л.И. Активация тромбоцитов и маркеры воспаления у больных ишемической болезнью сердца с депрессией // Терапевтический архив. 2006. Т. 78, № 10. С. 9–14.
4. Васюк Ю.А., Довженко Т.В., Школьник Е.Л. Депрессии при ХСН ишемического генеза // Сердечная недостаточность. 2004. Т. 5, № 3. С. 141–147.
5. Васюк Ю.А., Довженко Т.В. Особенности патогенетической взаимосвязи депрессии и сердечно-сосудистых заболеваний // Психические расстройства в общей медицине. 2007. Т. 2, № 1. С. 1–11.
6. Гаева Д.Б. Влияние медикаментозной коррекции депрессии на качество жизни пациентов, страдающих гипертонической болезнью, осложненной ХСН: автореф. дисс. к.м.н. М., 2011. 27 с.
7. Иванов Д.В., Хадарцев А.А. Клеточные технологии в восстановительной медицине: монография / Под ред. Лищука А.Н. Тула: Тульский полиграфист, 2011. 180 с.
8. Ковалев Г.И., Старикова Н.А. Пантогам актив: механизм фармакологического действия // РМЖ. 2010. № 21. С. 2–4.
9. Медведев В.Э., Албантова К.А. Пантогам актив при лечении невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у больных кардиологического стационара // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 2. С. 40–43.

10. Оганов Р.Г. Депрессия в кардиологии: больше, чем фактор риска // Российский Национальный конгресс кардиологов: материалы конгресса. М., 2003. С. 1–4.
11. Пантогам и Пантогам актив. Клиническое применение и фундаментальные исследования / Под ред. Копелевича В.М. М.: Триада-фарм, 2009.
12. Петрова Н.Н., Кутузова А.Э. Психосоматические аспекты ХСН // Психические расстройства в общей медицине. 2011. № 2. С. 23–28.
13. Погосова Г.В. Депрессия новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. 2002. Т. 4. С. 86–91.
14. Погосова Г.В. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения // Consilium Medicum. 2002. Т. 4, № 5. С. 22–26.
15. Программа КООРДИНАТА (клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца): результаты терапевтической части многоцентрового исследования / Чазов Е.И. [и др.] // Терапевтический архив. 2006. Т. 78, № 4. С. 38–44.
16. Хадарцев А.А., Хритинин Д.В. Олейникова М.М., Михайлова А.А., Зилов В.Г., Разумов А.Н., Малыгин В.Л., Котов В.С. Психосоматические и соматоформные расстройства в реабилитологии (диагностика и коррекция): монография. Тула, 2003. 120 с.
17. Хадарцев А.А., Морозов В.Н., Карасева Ю.В., Хадарцева К.А., Фудин Н.А. Патопсихология стресса, как баланс стрессогенных и антистрессовых механизмов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2012. № 7. С. 16–21.
18. Янковская В.Л. Депрессия и ХСН // Молодой ученый. 2014. №17. С. 223–227.
19. Allman E., Berry D, Nasir L. Depression and coping in heart failure patients: a review of the literature // J. Cardiovasc. Nurs. 2009. Vol. 24, №2. P. 106–117.
20. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery / Blumenthal J.A., Lett H.S., Babyak M.A. [et al.] // Lancet. 2003. № 362. P. 604–609.
21. Carney R. Depression, Heart Rate Variability, and Acute Myocardial Infarction // Circulation. 2001. Vol. 104. P. 2024–2028.
22. LeMaitre J.P. Change in circulating cytokines after 2 forms of exercise training in chronic stable heart failure // Am. Heart. J. 2004. Vol. 147. P. 100–105.
23. Depression in Heart Failure. A Meta-Analytic Review of Prevalence, Intervention Effects, and Associations With Clinical Outcomes / Rutledge T. [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. 2006. Vol. 48, № 8. P. 1527–1537.
24. Junger M. Depression increasingly predicts mortality in the course of congestive heart failure // Eur. J. Heart Fail. 2005. Vol. 7. P.261–267.
25. Johnson T.J. Depression predicts repeated heart failure hospitalizations // J. Card. Fail. 2012. Vol. 18, № 3. P. 246–252.

#### References

1. Bakaev RG. Osobennosti formirovaniya, progressirovaniya i rezul'tatov dlitel'noy medikamentoznoy terapii KhSN u bol'nykh IBS, perenesshikh infarkt miokarda [Features of the formation, progression and results of long-term drug therapy of CHF in patients with coronary artery disease, myocardial infarction] [dissertation]. Moscow (Moscow region); 2010. Russian.
2. Ageev FT, et al. Bol'nye s KhSN v rossiyskoy ambulatornoy praktike: osobennosti kontingenta, diagnostiki i lecheniya (po materialam issledovaniya EPOKhA–O–KhSN) [Patients with chronic heart failure in the Russian ambulatory practice: particular contingent, diagnosis and treatment (based on the study The Age-O-CHF)]. Serdechnaya nedostatochnost'. 2004;5(1):4-7. Russian.
3. Buryachkovskaya LI. Aktivatsiya trombotsitov i markery vospaleniya u bol'nykh ishemicheskoy bolezniyu serdtsa s depressiey [Activation of platelets and inflammatory markers in patients with coronary heart disease to depression]. Terapevticheskiy arkhiv. 2006;78(10):9-14. Russian.
4. Vasyuk YA, Dovzhenko TV, Shkol'nik EL. Depressii pri KhSN ishemicheskogo geneza [Depression in ischemic CHF]. Serdechnaya nedostatochnost'. 2004;5(3):141-7. Russian.
5. Vasyuk YA, Dovzhenko TV. Osobennosti patogeneticheskoy vzaimosvyazi depressii i serdechno-sosudistyx zabolevaniy [Features pathogenetic relationship of depression and cardiovascular disease]. Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine. 2007;2(1):1-11. Russian.
6. Gaeva DB. Vliyanie medikamentoznoy korrektsii depressii na kachestvo zhizni patsientov, stradayushchikh gipertonicheskoy bolezniyu, oslozhnennoy KhSN [Influence of drug correction of depression on quality of life of patients with essential hypertension complicated by heart failure] [dissertation]. Moscow (Moscow region); 2011. Russian.



7. Ivanov DV, Khadartsev AA. Kletochnye tekhnologii v duvosstanovitel'noy meditsine: monografiya [Cell techniques in medicine dovosstanovitel'noy: monograph]. Pod red. Lishchuka AN. Tula: Tul'skiy poligrafist; 2011. Russian.
8. Kovalev GI, Starikova NA. Pantogam aktiv: mekhanizm farmakologicheskogo deystviya [Pantogam asset: the mechanism of pharmacological action]. RMZh. 2010;21:2-4. Russian.
9. Medvedev VE, Albantova KA. Pantogam aktiv pri lechenii nevrolicheskih, svyazannykh so stressom i somatoformnykh rasstroystv u bol'nykh kardiologicheskogo stacionara [Pantogam asset in the treatment of neurotic, stress-related and somatoform disorders in patients of cardiological hospital]. Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine. 2009;2:40-3. Russian.
10. Oganov RG. Depressiya v kardiologii: bol'she, chem faktor riska [Depression in cardiology: more than a risk factor]. Rossiyskiy Natsional'nyy kongress kardiologov: materialy kongressa. Moscow; 2003. Russian.
11. Pantogam i Pantogam aktiv. Klinicheskoe primenenie i fundamental'nye issledovaniya [Pantogam and Pantogam asset. Clinical application and basic research]. Pod red. Kopelevicha VM. Moscow: Triada-farm; 2009. Russian.
12. Petrova NN, Kutuzova AE. Psikhosomaticheskie aspekty KhSN [Psychosomatic aspects of chronic heart failure]. Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine. 2011;2:23-8. Russian.
13. Pogosova GV. Depressiya novyy faktor riska ishemicheskoy bolezni serdtsa i prediktor koronarnoy smerti [Depression is a new risk factor for coronary heart disease and a predictor of coronary death]. Kardiologiya. 2002;4:86-91. Russian.
14. Pogosova GV. Depressiya u bol'nykh ishemicheskoy boleznyu serdtsa i novye vozmozhnosti ee lecheniya [Depression in patients with coronary heart disease and its treatment opportunities]. Consilium Medicum. 2002;4(5):22-6. Russian.
15. Chazov EI, et al. Programma KOORDINATA (kliniko-epidemiologicheskaya programma izucheniya depressii v kardiologicheskoy praktike u bol'nykh arterial'noy gipertoniey i ishemicheskoy boleznyu serdtsa): rezul'taty terapevticheskoy chasti mnogotsentrovogo issledovaniya [COORDINATE Program (clinico-epidemiological study of depression program in cardiology practice in patients with hypertension and coronary heart disease): results of a multicenter study of the therapeutic]. Terapevticheskiy arkhiv. 2006;78(4):38-44. Russian.
16. Khadartsev AA, Khritinin DV, Oleynikova MM, Mikhaylova AA, Zilov VG, Razumov AN, Malygin VL, Kotov VS. Psikhosomaticheskie i somatoformnye rasstroystva v reabilitologii (diagnostika i korrektsiya): monografiya [Psychosomatic and somatoform disorders in Rehabilitation (diagnostics and correction): monograph]. Tula; 2003. Russian.
17. Khadartsev AA, Morozov VN, Karaseva YV, Khadartseva KA, Fudin NA. Patofiziologiya stressa, kak balans stressogennykh i antistressovykh mekhanizmov [The pathophysiology of stress, as the balance of stress and anti-stress mechanisms]. Vestnik nevrologii, psikiatrii i neyrokhirurgii. 2012;7:16-21. Russian.
18. Yankovskaya VL. Depressiya i KhSN [Depression and heart failure]. Molodoy uchenyy. 2014;17:223-7. Russian.
19. Allman E, Berry D, Nasir L. Depression and coping in heart failure patients: a review of the literature. J. Cardiovasc. Nurs. 2009;24(2):106-17.
20. Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. Lancet. 2003;362:604-9.
21. Carney R. Depression, Heart Rate Variability, and Acute Myocardial Infarction. Circulation. 2001;104:2024-8.
22. LeMaitre JP. Change in circulating cytokines after 2 forms of exercise training in chronic stable heart failure. Am. Heart. J. 2004;147:100-5.
23. Rutledge T, et al. Depression in Heart Failure. A Meta-Analytic Review of Prevalence, Intervention Effects, and Associations With Clinical Outcomes. J. Am. Coll. Cardiol. 2006;48(8):1527-37.
24. Junger M. Depression increasingly predicts mortality in the course of congestive heart failure. Eur. J. Heart Fail. 2005;7:261-7.
25. Johnson T.J. Depression predicts repeated heart failure hospitalizations. J. Card. Fail. 2012;18(3):246-2.

---

**Библиографическая ссылка:**

Струтынский А.В., Баранов А.П., Ойноткинова О.Ш., Горбачёва Е.В., Голубев Ю.Ю. Результаты длительной комбинированной терапии больных хронической сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией с тревожно-депрессивными расстройствами // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2016. №4. Публикация 2-17. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016-4/2-17.pdf> (дата обращения: 02.12.2016). DOI: 10.12737/23516.