

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ПИРЛИНДОЛА ПАЦИЕНТАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

М.Е. Стаценко*, И.А. Тыщенко

Кафедра внутренних болезней Волгоградского государственного медицинского университета, 400131 Волгоград, пл. Павших Борцов, 1

Эффективность комбинированной терапии хронической сердечной недостаточности при назначении пирлиндолу пациентам пожилого возраста с психосоматическими расстройствами в постинфарктном периоде

М.Е. Стаценко*, И.А. Тыщенко

Кафедра внутренних болезней Волгоградского государственного медицинского университета, 400131 Волгоград, пл. Павших Борцов, 1

Цель. Изучить эффективность и безопасность антидепрессанта пирлиндол (Пиразидол, Мастерлек, Россия) у пациентов пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и аффективными расстройствами в постинфарктном периоде.

Материал и методы. Обследовано 60 пациентов с ХСН II-III функционального класса на 3-4 нед после возникновения инфаркта миокарда, имеющих признаки тревоги и депрессии. Пациенты были рандомизированы в две группы: в 1-ой (n=30) дополнительно к препаратам базисной терапии (бисопролол, лизиноприл, симvastatin, аспирин и, при необходимости, нитраты и диуретики) назначали пирлиндол в течение 12 нед; во 2-ой (n=30) пациенты принимали только препараты базисной терапии. Наблюдение продолжалось 6 мес. У всех пациентов исходно, через 12 и 24 нед оценивали психосоматическое состояние при помощи опросника Бэка и шкалы HADS, качество жизни по данным Сизтлского, Миннесотского опросников и MOS SF-36, выполняли эхокардиографию, электрокардиографию, изучали вариабельность ритма сердца (BPC).

Результаты. Включение в комбинированную терапию ХСН пирлиндол эффективно устраняло психоэмоциональные расстройства и достоверно улучшало качество жизни больных. К концу исследования у 90% пациентов основной группы регистрировали нормальные значения по данным опросника Бэка, у 10% - легкое депрессивное расстройство. У всех пациентов контрольной группы сохранялась депрессия различной степени выраженности. На фоне приема пирлиндол отмечается достоверное увеличение фракции выброса по сравнению с группой контроля. В обеих группах в процессе лечения выявлены положительные сдвиги геометрии камер сердца, но более выраженное уменьшение размера левого желудочка было у пациентов 1-й группы. Показатели временных и спектральных характеристик BPC свидетельствовали о нормализации вегетативного равновесия у пациентов, получавших пирлиндол. В группе контроля в конце исследования сохранялась выраженная симпатикотония.

Заключение. Назначение пирлиндол в составе комбинированной терапии при лечении больных пожилого возраста с ХСН в постинфарктном периоде характеризуется хорошей переносимостью, эффективно устраняет психосоматические расстройства и приводит к достоверному улучшению морфофункциональных параметров сердца и снижению активности симпатического отдела вегетативной нервной системы. Пирлиндол может быть рекомендован для включения в комбинированную терапию ХСН при наличии легкого и умеренного депрессивного расстройства у пациентов пожилого возраста в раннем постинфарктном периоде.

Ключевые слова: пирлиндол, хроническая сердечная недостаточность, депрессия, качество жизни.

РФК 2008;4:47-53

Efficacy of chronic heart failure combined therapy during perindol usage in elderly post infarction patients with psychosomatic disorders

M.E. Statsenko*, I.A. Tyschenko

Chair of Internal Medicine of Volgograd State Medical University, Pavshikh Bortsov pl. 1, Volgograd, 400131 Russia

Aim. To study the efficacy and safety of reversible MAO inhibitor pirlindol (Pyrazidol) in elderly post infarction patients with chronic heart failure (CHF) and affective disorders.

Material and methods. 60 patients with CHF of II-III NYHA class 3-4 weeks after myocardial infarction with and anxious and depressive disorders were involved into the study. The patients were randomized in two groups. Patients of the first group received standard therapy (bisoprolol, lizinopril, simvastatin, acetylsalicylic acid, nitrates and diuretics as required) in combination with pirlindol for 12 weeks. Patients of the second group received standard therapy alone. The follow-up period was 6 months. At baseline and after 12 and 24 weeks of therapy psychosomatic status was examined with the Beck questionnaire and HADS scale. Quality of life (QoL) survey with the Minnesota, Seattle and MOS SF-36 questionnaires were performed as well as ECG with assessment of heart rate variability (HRV) and echocardiography.

Results. Pirlindol improved QoL and was effective in correction of anxious and depressive disorders in CHF patients. At the end of the follow-up period normal Beck scores were registered in 90% and mild depression scores - in 10% of patients in pirlindol group. At the same time all patients of control group had depressive disorders of different intensity. Significant increase of left ventricular ejection fraction was observed in pirlindol group vs control group (20,9 vs -2,5%). Heart morphometric parameters improved in both groups, but left ventricle size reduction was more prominent in pirlindol group (-10,69 vs -5,34%). According to the spectral and time indexes of HRV, pirlindol treatment led to normalization of autonomic balance. Sympathetic overdrive was observed in patients of the control group.

Conclusion. In elderly patients with CHF after myocardial infarction pirlindol taken additionally to the standard therapy is well tolerated, effectively eliminate psychosomatic disorders, results in significant improvement of morphofunctional cardiac condition and decrease of sympathetic over activity. Pirlindol can be recommended for the management of mild and moderate depressive disorders in elderly patients with CHF.

Key words: pirlindol, chronic heart failure, depression, quality of life.

Rational Pharmacother. Card. 2008;4:47-53

*Автор, которому следует направлять корреспонденцию (Corresponding author): E-mail: statsenko@vistcom.ru

В последние годы все больше внимания уделяется изучению аффективных расстройств, развивающихся на фоне соматической патологии. У 40-60% больных ишемической болезнью сердца (ИБС) регистрируются различные проявления тревожно-депрессивного синдрома [1]. Лечение депрессивных состояний у пациентов с ИБС, особенно в постинфарктном периоде, является очень сложной проблемой [2]. Наиболее важным аспектом становится выбор антидепрессанта, обладающего минимальной «кардиотоксичностью» (неблагоприятным воздействием на сердечно-сосудистую систему). В течение многих лет медикаментозная терапия больных с депрессией и стабильной ИБС ограничивалась применением трициклических антидепрессантов (ТЦА), таких как амитриптилин, имипрамин, нортриптилин, дезипрамин и доксефин. ТЦА обладают многими неблагоприятными побочными эффектами, которые усложняют их использование у пациентов с заболеваниями сердца [2].

На первый план в лечении депрессивных расстройств у больных с ИБС выходят антидепрессанты других групп, например обратимые ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО). Среди этих препаратов особое внимание заслуживает пирлиндол. Этот препарат даже в высоких дозах не влияет на сократимость миокарда, не вызывает явлений ортостатической гипотензии, не воздействует на ритм и проводящую систему сердца [3]. В литературе мы не встретили сообщений о неблагоприятных лекарственных взаимодействиях между пирлиндролом и кардиотропными препаратами [4]. Пирлиндол не оказывает влияния на активность ферментов печени, участвующих в метаболизме большинства медикаментов. В то же время, данные об особенностях течения постинфарктного периода на фоне приема пирлиндола, о его влиянии на показатели гемодинамики, морфофункциональные параметры сердца, вариабельность ритма сердца (ВРС) и качество жизни у пожилых пациентов с депрессией отсутствуют. Все это объясняет необходимость дальнейшего изучения эффективности и безопасности пирлиндола у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Цель работы – изучение антидепрессанта из группы обратимых ИМАО пирлиндола (пиразидол, «Мастерлек», Россия) и оценка его эффективности и безопасности у пациентов пожилого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и аффективными расстройствами в постинфарктном периоде.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 60 пациентов с инфарктом миокарда, осложнившимся развитием ХСН II-III ФК (по NYHA), имеющих признаки тревоги и депрессии. Все больные были с субклиническими проявлениями депрессии. Включение в исследование

происходило на 3-4 нед после возникновения инфаркта миокарда. Пациенты были рандомизированы в две группы по принципу «1-2» в отношении антидепрессанта. Клиническая характеристика групп представлена в табл. 1.

В основной (1-ой) группе больные получали препараты базисной терапии (бисопролол, лизиноприл, симvastатин, аспирин и, при необходимости, нитраты и мочегонные препараты) + пиразидол в начальной дозе 37,5 мг/сут с постепенным увеличением до 75 мг в сутки в 2 приема. Курс лечения составил 12 нед. Пациенты контрольной (2-й) группы принимали только препараты базисной терапии. Средние дозы препаратов базисной терапии в 1-й и 2-й группах достоверно не различались. Наблюдение за пациентами проводили в течение 6 мес. Оценивали психосоматическое состояние пациентов при помощи опросника Бэка и госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) исходно, через 12 и 24 нед.

Объективные данные о состоянии пациентов были получены при физикальном обследовании и с помощью инструментальных исследований: эхокардиографии (ЭХО-КГ), электрокардиографии (ЭКГ), а также теста шестиминутной ходьбы. Параметры ВРС оценивали на коротких участках записи, которые производили утром в состоянии покоя и во время выполнения активной ортостатической пробы в течение 10 мин с использованием аппаратно-программного комплекса «Варикард 1.01». Регистрировали следующие показатели ВРС: SDNN – среднеквадратичное отклонение, CV – коэффициент вариации, IC – индекс централизации, SI – индекс напряжения, MxDMn – разность между максимальным и минимальным значением интервала RR.

Качество жизни пациентов определяли при помощи Сизтлского опросника качества жизни больных со стенокардией, Миннесотского опросника качества жизни больных с сердечной недостаточностью (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire - MLHFQ) и неспецифического опросника MOS SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey) [5]. На проведение исследования получено разрешение Регионального этического комитета.

Обработку результатов проводили методами параметрической и непараметрической статистики. Использовали пакет Microsoft Excel для Windows XP. Оце-

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов

Показатель	Основная группа (n=30)	Контрольная группа (n=30)
Возраст, лет	71,3±1,6	70,3±1,4
Мужчины/женщины, n	14/16	16/14
ИМ с зубцом Q/без зубца Q, %	52/48	42/58
Пациенты с ГБ/без ГБ, %	67/33	65/35
ФК ХСН по NYHA	2,7±0,54	2,68±0,72

Таблица 2. Динамика психосоматических расстройств и уровня качества жизни у больных с ХСН

Показатель, балл	Основная группа (n = 30)			Контрольная группа (n = 30)		
	Исходно	Через 6 мес	Δ , %	Исходно	Через 6 мес	Δ , %
HADS: тревога	9,93±0,64	6,12±0,81*	-38,37	9,8±0,99	7,51±2,54	-23,37
HADS: депрессия	10,12±0,34	6,06±0,65*	-40,12	10,4±0,34	8,5±0,63	-18,27
Опросник Бэка	19,14±1,21	7,24±1,19*	-62,17**	18,28±1,45	19,29±1,44	5,53
Сиэтлский опросник качества жизни больных со стенокардией	72,6±4,21	84,3±3,24*	16,12	74,3±3,89	73,87±2,95	-0,58
Миннесотский опросник качества жизни больных с ХСН	45,4±3,06	32,64±3,47*	-28,11	45,3±4,52	43,45±2,28	0,29
Опросник для оценки качества жизни больных MOS SF-36						
Общий балл	47,85±1,42	58,68±1,21*	22,63	49,2±3,57	50,57±2,85	2,78
Физическое здоровье	17,36±0,87	20,01±1,53*	15,32	16,78±1,14	19,07±0,93	13,65
Роль в функционировании, обусловленное физическим состоянием	4,5±0,25	4,85±0,27	7,78	4,5±0,25	4,71±0,34	4,67
Интенсивность боли	6,12±0,39	6,98±0,42	14,05	6,27±0,44	6,87±0,17	9,57
Общее здоровье	13,82±0,64	15,06±0,83	8,97	12,81±0,79	12,94±0,67	1,01
Жизнеспособность	13,02±0,26	15,51±0,83*	19,12	13,36±0,64	13,28±0,82	-0,59
Социальное функционирование	5,92±0,84	7,74±0,75*	30,74	7,14±0,50	7,43±0,43	4,06
Роль в функционировании, связанное с эмоциональным состоянием	3,1±0,18	5,06±0,32*	63,23	3,5±0,23	4,29±0,32*	22,57
Психическое здоровье	17,22±1,04	23,96±0,91*	39,14	21,43±0,97	23,86±1,07	11,34

Здесь и в табл. 3 и 4: * - $p < 0,05$ между группами. ** - $p < 0,05$ между Δ (%) в разных группах

нивали различия между группами по t критерию Стьюдента и методу χ^2 (угловому преобразованию Фишера для точного вычисления различий долей); статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Изучаемые группы не различались по полу, возрасту, тяжести перенесенного инфаркта миокарда и сопутствующей патологии. К 6-му мес ни в основной, ни в контрольной группе не было пациентов, досрочно прекративших участие в исследовании или выбывших по другим причинам.

За время наблюдения в основной группе показатели тревоги и депрессии по шкале HADS снизились до нормальных значений, в то время как в группе контроля они оставались на достаточно высоком уровне (табл. 2).

По результатам опросника Бэка, исходно в 1-й группе у 63,3% диагностировано легкое депрессивное расстройство, у 36,6% – умеренное; средний балл по группе составил 19,14±1,21. Во 2-й группе умеренное депрессивное расстройство выявлялось у 30%, легкое – у 70%. Средний балл в группе составил 18,28±1,45.

На 12 нед наблюдения в 1-й группе на фоне приема пирлиндолы средний балл снизился до 10,9±1,02 ($p < 0,05$). У 66,6% больных депрессивные расстройства отсутствовали, у 33,4% – выявлено легкое депрессивное расстройство. К 24 нед средний балл со-

ставлял уже 7,24±1,19. Легкое депрессивное расстройство диагностировано только у 10% больных. В работе [6] были получены сходные результаты, но наблюдение ограничивалось 3 мес приема препарата; оценка динамики психосоматических расстройств после прекращения лечения антидепрессантом не проводилась.

В группе контроля к 12-й нед обнаружено незначительное снижение среднего балла, по данным опросника Бека, до 18,14±1,28, соотношение легкой и умеренной депрессии сохранялось прежним (70% и 30%). К 24-й нед отмечали нарастание уровня депрессии в группе (увеличение среднего балла до 19,29±1,44) и увеличение количества больных с умеренной депрессией с 30% до 40%. Различия между 1-й и 2-й группами статистически значимы ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таким образом, пирлиндол оказался эффективен при назначении больным пожилого возраста в постинфарктном периоде даже в дозе 75 мг в сутки. Курс лечения пирлиндролом длительностью 12 нед позволял сохранить антидепрессивный эффект и к 6-му мес наблюдения. Случаев рецидивов депрессивного синдрома не наблюдалось.

Включение в базисную терапию пирлиндолы оказывает положительное влияние на систолическую функцию сердца. Это проявляется значимым уве-

Таблица 3. Динамика морфофункциональных параметров, систолической и диастолической функций сердца и ФК ХСН у пациентов основной и контрольной групп

Показатель	Основная группа (n = 30)			Контрольная группа (n = 30)		
	Исходно	Через 6 мес	Δ , %	Исходно	Через 6 мес	Δ , %
Конечный диастолический размер левого желудочка, мм	56,34 $\pm$ 2,01	50,32 $\pm$ 1,87	-10,69	56,41 $\pm$ 1,65	53,4 $\pm$ 2,41	-5,34
Фракция сердечного выброса, %	49,52 $\pm$ 2,31	59,87 $\pm$ 1,66*	20,9**	53,66 $\pm$ 2,35	52,06 $\pm$ 2,52	-2,53
Размер левого предсердия, мм	41,85 $\pm$ 1,21	35,58 $\pm$ 2,04*	-14,98	41,62 $\pm$ 2,08	42,02 $\pm$ 1,55	0,96
IVRT, мс	124,38 $\pm$ 6,21	118,83 $\pm$ 5,22	-4,46	112,27 $\pm$ 8,27	121,5 $\pm$ 8,12	8,22
DT, мс	232,26 $\pm$ 10,42	180,72 $\pm$ 12,31*	-22,19**	215 $\pm$ 19,95	203,64 $\pm$ 12,63	-5,28
E/A, у.е.	1,03 $\pm$ 0,08	1,2 $\pm$ 0,13	16,5	1,24 $\pm$ 0,29	1,15 $\pm$ 0,37	-7,26

личением фракции сердечного выброса (ФВ) у пациентов основной группы: с 49,52 $\pm$ 2,31 до 59,87 $\pm$ 1,66% (Δ % = 20,9, $p < 0,05$). В контрольной группе к 6-му мес наблюдения у пациентов с депрессией отмечается тенденция к ухудшению систолической функции сердца (снижение ФВ с 53,66 $\pm$ 2,35 до 52,06 $\pm$ 2,52%, Δ % = -2,53), однако эти изменения не достигали уровня достоверности (табл. 3). Повышение ФВ в основной группе пациентов, возможно, связано с наличием антигипоксического действия пирлиндол, обусловленного активацией нейротрансмиттерных систем. Ранее в эксперименте показаны протективные свойства пирлиндол в условиях гипоксии [7].

Нами отмечено позитивное воздействие комбинированной терапии ХСН с включением пирлиндол на диастолическую функцию сердца, что проявлялось снижением процента выявления ее дисфункции (ДД) в процессе лечения по сравнению с пациентами 2-й группы. Исходно в основной группе ДД диагностировалась у 83,3% пациентов. К 24-й нед этот процент снизился до 63,3%. Происходило снижение IVRT, DT и увеличение E/A на -4,46%, -22,19% и 16,5%, соответственно. Положительные сдвиги выявлены и в геометрии камер сердца. Уменьшение КДР ЛЖ отмечено в обеих группах, но Δ % был больше в основной группе по сравнению с пациентами 2-й группы (-10,69 против -5,34). Размеры левого предсердия (ЛП) у пациентов 1-й группы в конце периода наблюдения были меньше, чем в группе контроля (Δ % = -14,98 против 0,96, $p < 0,013$) (табл. 3).

Исходно в обеих группах у 90% пациентов выявлены неблагоприятные типы ремоделирования миокарда [эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) и концентрическая гипертрофия (КГ) ЛЖ]. В динамике наблюдения на фоне приема пирлиндол частота встречаемости ЭГ+КГ снизилась в основной группе до 63,5% (Δ % = -29,44), а в контрольной – только до 75,9% (Δ % = -15,67%).

Изменение геометрии сердца является важным механизмом прогрессирования ХСН [8, 9] и напрямую влияет на прогноз. Поэтому увеличение числа больных с благоприятным типом ремоделирования миокарда

в группе, получавшей пирлиндол, имеет важное клиническое значение.

Положительное влияние пирлиндол на морфофункциональные параметры сердца объясняется снижением уровня активности симпатического отдела нервной системы [10], что сопровождается уменьшением тревожно-депрессивной симптоматики.

При оценке показателей ВРС нами выявлено следующее: к 24-ой нед наблюдения на фоне приема пирлиндол отмечали достоверное снижение показателя индекса напряжения (SI), что свидетельствует об уменьшении активности симпатического отдела вегетативной нервной системы. Рост SDNN отмечен в обеих группах, однако в основной группе Δ % был больше и достигал уровня значимости. Уменьшение индекса централизации (IC) у пациентов, получавших пирлиндол, в ходе лечения также является положительным при-

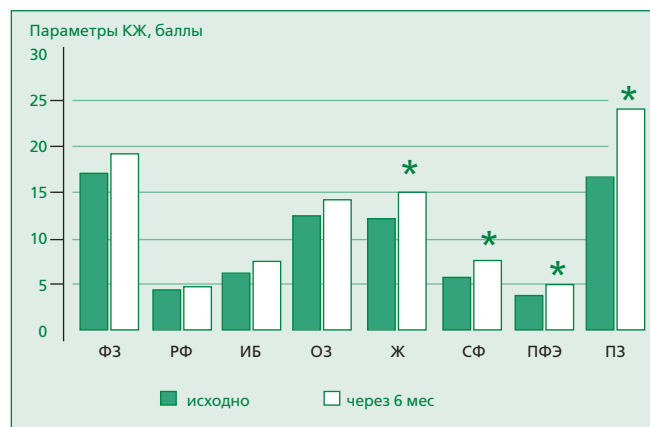


Рисунок 1. Динамика качества жизни по шкалам опросника MOS-SF-36 в основной группе. Здесь и на рис. 2: ФЗ – физическое здоровье, РФ – ролевое функционирование, ИБ – интенсивность боли, ОЗ – общее здоровье, Ж – жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, РФЭ – ролевое функционирование, связанное с эмоциональным состоянием, ПЗ – психическое здоровье.

* – $p < 0,05$ между исходным и конечным значением.

Таблица 4. Динамика показателей вариабельности ритма сердца на фоне приема пирлиндолла и в группе контроля

Показатель	Основная группа (n = 30)			Контрольная группа (n = 30)		
	Исходно	Через 6 мес	Δ , %	Исходно	Через 6 мес	Δ , %
SDNN, мс	30±5,21	41,22±3,28*	37,4	31±4,3	37,57±5,5	21,2
SI, y.e.	224,25±20,05	158,2±19,45*	-29,45	235,4±55,4	276±92,5	17,24
MxDMn, мс	161,24±21,67	283,12±19,23*	75,59**	272,2±66,2	271,2±38,9	-0,35
IC, (VLF±LF)/HF, y.e.	2,18±0,52	1,54±0,43*	-29,36	1,98±0,67	2,08±0,5	5,05
HF, % лежа	35,4±5,26	43,1±5,1*	21,75	44,6±5,5	39,58±6,11	-11,26
стоя	22,38±2,59	20,12±2,96	-10,09	39,25±4,68	34,75±6,52	-11,46
LF, % лежа	32,29±4,02	30,21±4,28	-6,44	32,0±3,9	35,18±5,07	9,94
стоя	33,12±3,98	41,16±3,59	24,28	28,6±1,92	33,67±3,63	17,72
VLF, % лежа	36,21±3,4	37,01±5,02	2,21	23,2±4,6	24,51±6,51	5,65
стоя	43,82±5,41	39,09±6,02	-10,79	30,45±5,64	27,81±5,0	-8,67
LF/HF (при проведении АОП), y.e.	1,48	2,05	38,51	0,73	0,97	32,88
TP, мс ²	996,4±466,6	1052,2±358,7	5,6**	1952,7±782,7	1364±491,2	-29,74

знаком. Этот показатель отражает уровень контроля за балансом симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы [11]. В контрольной же группе отмечалось увеличение IC (с $1,98\pm0,67$ до $2,08\pm0,5$, $\Delta\%=5,05$) (табл. 4).

При оценке спектральных показателей в основной группе обнаружено возрастание HF-компонента и уменьшение LF-компонента. В контрольной же группе выявлена обратная тенденция. Это может свидетельствовать об усилении симпатикотонии на фоне прогрессирования депрессии.

При проведении активной ортостатической пробы (АОП) в группе контроля и в начале, и в конце исследования отмечаются незначительное снижение HF- и LF-компонентов и увеличение VLF, что говорит о преобладании более низкого уровня регуляции гуморально-метаболического тонуса сосудов и указывает на напряжение регуляторных систем [12]. При этом соотношение LF/HF в группе контроля при выполнении АОП и в начале, и в конце исследования оставалось менее 1,5 (0,73 и 0,97) (см. табл. 4). Соотношение LF/HF менее 1,5 является прогностически неблагоприятным фактором и предик-

тором внезапной сердечной смерти [13, 14].

Анализ результатов выполнения АОП в основной группе выявил следующие изменения. В начале наблюдения при переходе в положение стоя начинает преобладать VLF-компонент, характеризующий гуморально-метаболический уровень регуляции сосудистого тонуса. К 6 мес соотношение LF и VLF выравнивалось за счет увеличения LF- и уменьшения VLF-компонентов. При этом у пациентов, принимавших пирлиндол, отношение LF/HF увеличивалось с 1,48 в начале исследования до 2,05 в его конце, что прогностически благоприятно. Снижение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы на фоне приема пирлиндолла отмечено и в работе [15].

По данным различных исследований, качество жизни напрямую связано с уровнем тревоги и депрессии у пациентов с ИБС и ХСН [17, 18]. Исходно в обеих группах пациентов пожилого возраста с ХСН уровень качества жизни (КЖ) был на достаточно низком уровне (табл. 2). Необходимо отметить, что, по данным Миннесотского опросника, снижение КЖ пациентов было связано, в первую очередь, с различными ограничениями, появившимися в результате перенесенного инфаркта миокарда (ограничения двигательного и питьевого режима, необходимость соблюдения диеты и приема большого количества лекарственных препаратов), а также – с психологическими проблемами (чувство неуверенности, потеря контроля над ситуацией, ощущение себя обузой для родных, идеи виновности, ухудшение внимания и памяти, чувство беспокойства, бессонница). По результатам Сизтлского опросника, на КЖ постинфарктных пациентов влияют физические ограничения, количество приступов стенокардии в течение суток и страх их повторения (табл. 2).

К концу наблюдения у пациентов, принимавших пир-

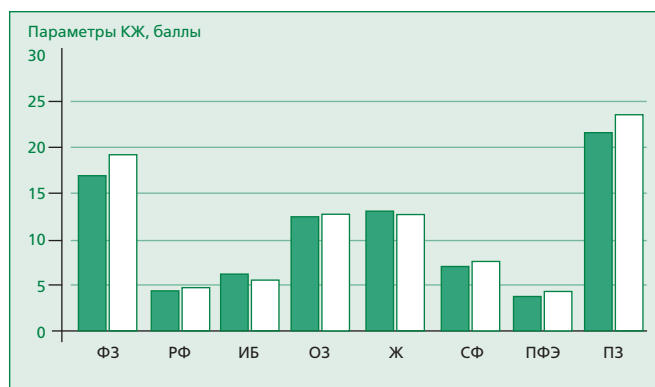


Рисунок 2. Динамика качества жизни по шкалам опросника MOS-SF-36 в контрольной группе

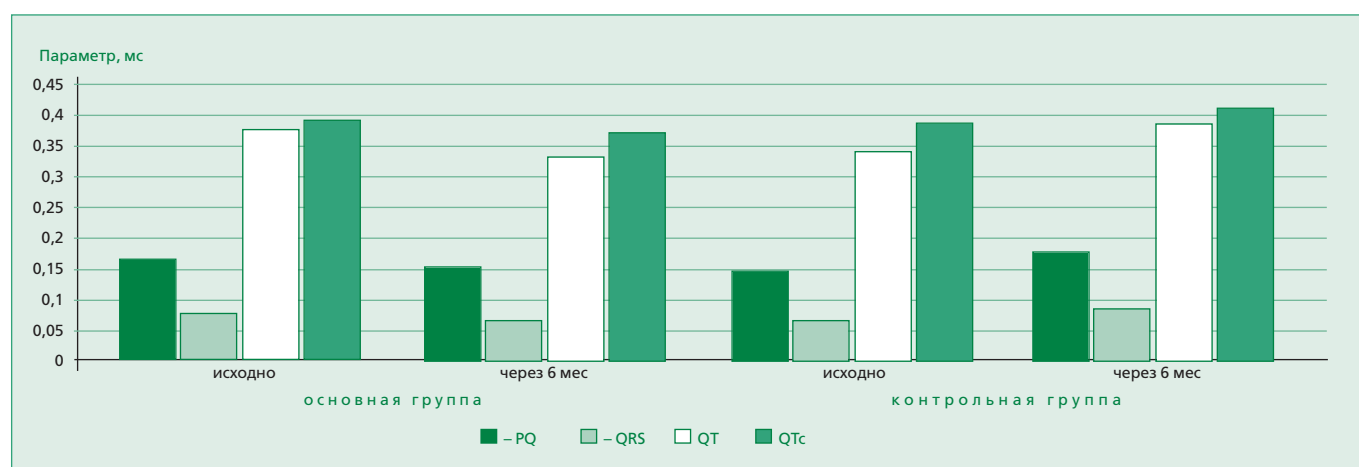


Рисунок 3. Основные ЭКГ интервалы в начале и конце исследования

линдол, отмечено повышение уровня КЖ по результатам всех специальных опросников. Средний балл, по данным Сиэтлского опросника, увеличился до $81,5 \pm 5,44$ баллов ($p < 0,05$), а по результатам Миннесотского опросника – снизился до $37,75 \pm 4,38$ ($p < 0,05$). В группе контроля через 6 мес наблюдалось незначительное улучшение КЖ по данным Миннесотского опросника (с $45,3 \pm 4,52$ до $43,45 \pm 2,28$), а по результатам Сиэтлского опросника – некоторое ухудшение КЖ (снижение среднего балла с $74,3 \pm 3,89$ до $73,87 \pm 2,95$). Динамика КЖ в группе контроля не достигала уровня статистической значимости. Плохие показатели КЖ у больных контрольной группы связаны, в основном, с более высокой частотой приступов стенокардии и страхом их повторения.

Более выраженные изменения КЖ выявлены по данным опросника MOS-SF 36. В основной группе к окончанию наблюдения КЖ улучшилось с $47,85 \pm 1,42$ до $58,68 \pm 1,21$. В контрольной группе изменения КЖ были недостоверными (с $49,2 \pm 3,57$ до $50,57 \pm 2,85$). Улучшение уровня КЖ отмечено у пациентов основной группы по всем шкалам опросника (рис. 1). Наиболее значимые и достоверные изменения отмечались по шкалам физического здоровья, интенсивности боли, жизнедееспособности, социального и ролевого функционирования и психического здоровья. Следует отметить, что выраженные изменения ролевого функционирования теснее связаны с нормализацией эмоционального состояния, чем физического (7,78% против 63,23%). В контрольной же группе происходили недостоверные изменения по основным шкалам, а по шкале жизненной активности – даже некоторое ухудшение (-0,59%) (рис. 2). Это объясняется, очевидно, сохраняющимися

ся аффективными расстройствами у пациентов контрольной группы.

За все время наблюдения нами не было зафиксировано случаев неблагоприятного лекарственного взаимодействия пирлиндолла с препаратами базисной терапии (β -блокаторы, иАПФ, мочегонные препараты, антиагреганты и статины), а также не отмечено значимого воздействия на продолжительность основных интервалов ЭКГ – PQ, QT, QTc (корректированный интервал QT) (рис. 3).

Выводы

1. Включение пирлиндолла в комбинированную терапию ХСН устраняет психоэмоциональные расстройства у пожилых пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Курс лечения пирлиндолом длительностью 12 нед позволяет сохранить антидепрессивный эффект в течение 6 мес.
2. На фоне дополнения базисной терапии пирлиндолом отмечается повышение качества жизни пожилых пациентов с ХСН, нормализация вегетативного гомеостаза и улучшение морфофункциональных параметров сердца.
3. Не отмечено значимого изменения основных интервалов ЭКГ (PQ, QT) при назначении пирлиндолла, что свидетельствует о безопасности данного антидепрессанта у больных пожилого возраста с ХСН.
4. Пирлиндолл может быть рекомендован для включения в комбинированную терапию ХСН при наличии легкого и умеренного депрессивного расстройства у пациентов пожилого возраста в раннем постинфарктном периоде.

Литература

1. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. М.: Медицинское информационное агентство, 2001.
2. Januzzi J.L. Jr., Stern T.A., Pasternak R.C., et al. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. Arch Inter Med 2000;160: 1913-21.
3. Иванов С.В., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Пиразидол при лечении депрессий у больных ишемической болезнью сердца. Тер арх 2003;(10):38-42.
4. Малин Д.И. Побочное действие психотропных средств. М., Вузовская книга, 2000.
5. Стаценко М.Е., Рыбак В.А., Говоруха О.А., Коррекция тревожно-депрессивных расстройств тианептином у больных с сердечной недостаточностью в раннем постинфарктном периоде. Кардиология 2005;(12):48-50.
6. Провоторов В.М., Прасолова В.Е. Коррекция тревожно-депрессивных расстройств пиразидолом у больных, перенесших инфаркт. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья 2007;(27):37-42.
7. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г. Применение пиразидола при лечении депрессий. Информационное письмо МЗ РФ 22.09.2003 (№10-04/6-264).
8. Агеев Ф.Т., Овчинников А.Г. Диастолическая дисфункция как проявление ремоделирования сердца. Журнал Сердечная недостаточность 2002; 3 (4): 190-195.
9. Кузнецов Г.Э. Оценка функции левого желудочка с позиции изменения его геометрии у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне ишемической болезни сердца. Журнал Сердечная недостаточность 2002;3(6):292-4.
10. Дмитриева Т.Б., Бельтюкова Т.А. Антидепрессивный эффект пиразидола и его связь с влиянием на обмен катехоламинов. "Современные проблемы нейropsychофармакологии, принципы патогенетического лечения больных нервными и психическими заболеваниями". Тезисы докладов на Пленуме правления Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров. Полтава, М., 1984, С.16-19.
11. Рябыкина Г.В., Соболев А.В. Вариабельность ритма сердца. М.: Стар'Ко, 1998.
12. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца. Опыт практического применения. Иваново: Ивановская государственная медицинская академия, 2002.
13. Арболишвили Г.Н., Орлова Я.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Прогностическая роль оценки вариабельности ритма сердца у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Материалы Российского национального конгресса кардиологов «Перспективы российской кардиологии». Кардиоваск тер профилактик. 2005;4(4 приложение):372.
14. Абрамкин Д.В., Явелов И.С., Грацианский Н.А. Сравнение значения изменений ЧСС во время рефлексорных тестов и вариабельности ритма сердца для прогноза внезапной сердечной смерти у больных, перенесших инфаркт миокарда. Кардиология 2004;(9):34-41.
15. Провоторов В.М., Прасолова В.Е. Влияние терапии пиразидолом на вегетативный статус больных с инфарктом миокарда и психосоматическими нарушениями. Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. 2007;(27):51-7.
16. Васюк Ю.А., Лебедев А.В. Депрессия, тревога и инфаркт миокарда: всё только начинается. Часть II. Рационал Фармакотер Кардиол 2007;(4):39-45.
17. O'Driscoll G. Chronic heart failure. A guide for practical management. Aust Fam Physician 2000; 29 (5):423-427.
18. Welin L., Wilhelmsen L. Prognosis after myocardial infarction in relation to biomedical and psychosocial variables (abstract). Eur Heart J 1997; 18 (Suppl):109.