



## ХОМВИО-НЕРВИН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Свищенко Е.П., Гулкевич О.В.

Институт кардиологии им. Н.Д.Стражеско АМН Украины

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, вегетативная дисфункция, депрессия, сон, Хомвио-Нервин, Хомвиотензин

Современный этап развития общества определяет и актуальность общемедицинских проблем, среди которых на первое место выходят артериальная гипертензия, тревожные и депрессивные расстройства. По данным эпидемиологического исследования распространенность артериальной гипертензии в Украине составляет до 40% [7], а заметную депрессию и тревогу испытывает почти 30% взрослого населения [1; 5; 4]. Широко распространена вегетативная дисфункция: у 25-80% больных гипертонической болезнью выявляют наличие вегетативных нарушений [2]. Практически нет патологической формы, в которой не участвует вегетативная нервная система. В одних случаях она является фактором патогенеза, в других нарушения возникают вторично в ответ на повреждающее воздействие. В качестве самостоятельного заболевания вегетативные расстройства крайне редки, чаще всего они выступают в виде вторичного патологического симптомокомплекса.

Артериальная гипертензия является одним из заболеваний, при которых формируются психовегетативные синдромы [4; 5]. В последние годы в терапии психовегетативных расстройств большое значение приобретают психотропные препараты, а также нефармакологическая терапия. Однако далеко не все перечисленные виды терапии приводят к положительному эффекту: возможно возникновение аллергических реакций, привыкания, индивидуальной непереносимости.

Цель данного исследования - оценить влияние препарата Хомвио-Нервин в комбинации с Хомвиотензином на артериальное давление, состояние вегетативной нервной системы, психической сферы, качества сна у пациентов с артериальной гипертензией.

### Материал и методы.

Обследованы 40 больных с мягкой артериальной гипертензией (по классификации ВОЗ и Украинского общества кардиологов, 2000) и вегетативной дисфункцией, депрессивными расстройствами, находящихся на стационарном или амбулаторном лечении на базе отделения гипертонической болезни Института кардиологии им. Н.Д.Стражеско АМН Украины. Пациенты были распределены случайным образом на две группы: основную и контрольную. Основную группу составили 20 больных (16 женщин и 4 мужчины) в возрасте  $45,4 \pm 2,1$  года, группу контроля - 20 пациентов (15 женщин и 5 мужчин) в возрасте  $46,8 \pm 1,8$  года. Большинство больных (66%) никогда не принимали антигипертензивных препаратов. В исследование не включали пациентов с клиническими признаками ишемической болезни сердца, периферического атеросклероза, сердечной недостаточности, с сахарным диабетом, почечной недостаточностью (уровень креатинина сыворотки крови  $\geq 133$  мкмоль/л у мужчин,  $\geq 124$  мкмоль/л у женщин), циррозом печени.

Исследование состояло из двух фаз: первой продолжительностью 7 дней - фазы вымывания, во время которой больные не принимали антигипертензивных препаратов, и второй продолжительностью 28 дней - лечебной, во время которой пациенты основной

группы принимали Хомвио-Нервин ("Хомвиора", Германия) по 1 таблетке 3 раза в сутки и Хомвиотензин той же фирмы по 1 таблетке 2-3 раза в сутки. Пациенты группы контроля получали только Хомвиотензин по 1 таблетке 2-3 раза в сутки. В конце фазы вымывания и через 28 дней лечения всем пациентам проводилось комплексное обследование, которое включало оценку соматического и неврологического статуса больного, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), анкетирование и психологическое тестирование для оценки состояния вегетативной нервной системы, психической сферы, качества сна. В ходе исследования использовались следующие методы.

Для выявления вегетативных нарушений использовали опросники А.М.Вейна (1998) двух вариантов: "Вопросник для выявления признаков вегетативных изменений", заполняемый обследуемым, и "Схема исследования для выявления признаков вегетативных нарушений", заполняемая исследователем [2]. Критерием наличия синдрома вегетативной дистонии служила сумма баллов, полученная при изучении признаков: по первому вопросу 15 баллов и выше, по второму - 25 баллов и выше.

Сомнологический анамнез собирался по модифицированной сомнологической анкете И.М.Воронина с количественной оценкой основных симптомов качества сна [3]. Наличие симптома обозначалось "1", отсутствие - "0". Время засыпания и число пробуждений во время сна отражались в средних цифрах.

Оценка состояния психической сферы проводилась по шкале депрессии Бека и опросника САН (Самочувствие, Активность, Настроение) [6; 8; 9]. Шкала депрессии Бека служит для характеристики степени выраженности депрессии по самооценке. Критерием служила суммарная оценка баллов: 0-9 - отсутствие депрессивных симптомов, 10-15 - легкая депрессия (субдепрессия), 16-19 - умеренная депрессия, 20-29 - выраженная депрессия (средней тяжести), 30-63 - тяжелая депрессия. С помощью опросника САН оценивали самочувствие, активность и настроение пациента. Результаты оценивали по баллам и рассчитывали среднее арифметическое как в целом, так и отдельно по активности, самочувствию и настроению. За критерий благоприятного состояния пациента принимали оценки, превышающие 4 балла.

СМАД проводили с помощью аппарата "АВМ-02" ("Meditech", Венгрия), который активировали по стандартному протоколу каждые 15 минут днем (6.00-22.00) и каждые 30 минут ночью (22.00-6.00). В суточном профиле АД определяли: систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) АД, среднее за сутки (САДсут и ДАДсут), день (САДд и ДАДд) и ночь (САДн и ДАДн), их вариабельность (В), суточный индекс (СИ) и индекс времени (ИВ).

Полученные данные обрабатывали с помощью методов вариационной статистики на ПЭВМ с использованием программ SPSS 10.0 для Windows.98. Для сравнения средних значений использовали t-тесты для парных выборок.

### **Результаты и их обсуждение.**

На фоне проведенной терапии наблюдали положительный клинический эффект, который проявлялся исчезновением или уменьшением частоты и интенсивности головных болей, ощущений "тяжести" и "шума" в голове, головокружений, повышенной утомляемости и снижения трудоспособности в обеих группах. При этом пациенты основной группы (принимавшие, наряду с Хомвиотензином, Хомвио-Нервин) отмечали улучшение сна, уменьшение ощущения тревоги, страха.

Анализ вегетативных функций, оцениваемых по опроснику А.М.Вейна показал, что пациенты обеих групп имели вегетативные нарушения. Подтверждалось это высоким баллом по опроснику, заполняемому обследуемым: в основной группе –  $47,3 \pm 2,3$ , в контрольной группе –  $46,5 \pm 2,1$ . На фоне проведенной терапии мы наблюдали снижение

суммарного балла в обеих группах, однако в основной группе изменения были более значительными: в основной группе - до  $29,1 \pm 2,1$  ( $p < 0,01$ ), в контрольной – до  $35,6 \pm 2,2$  ( $p < 0,05$ ). Сходные результаты получены и по опроснику, заполняемому исследователем. Результаты анкетирования показали, что комбинированная терапия Хомвио-Нервином и Хомвиотензином более существенно уменьшает выраженность вегетативных нарушений у больных с мягкой артериальной гипертензией и вегетативной дисфункцией, депрессивными расстройствами, чем монотерапия Хомвиотензином.

Все обследованные больные отмечали улучшение сна (табл.1). Так, продолжительность сна у пациентов основной группы увеличилась с  $6,6 \pm 0,4$  часа до  $7,4 \pm 0,2$  часа ( $p < 0,05$ ), контрольной – с  $6,8 \pm 0,5$  часа до  $7,0 \pm 0,3$  часа ( $p > 0,05$ ), при этом уменьшились время засыпания с  $36,4 \pm 6,5$  минут до  $17,3 \pm 2,2$  минут ( $p < 0,01$ ) в основной группе и с  $34,4 \pm 5,5$  минут до  $27,1 \pm 2,2$  минут ( $p > 0,05$ ) – в контрольной. Количество пациентов, предъявляющих жалобы на пробуждения ночью на фоне добавления Хомвио-Нервина к Хомвиотензину, уменьшилось вдвое. Пациенты, принимавшие Хомвиотензин в монотерапии, также указали на уменьшение пробуждений, однако это отметила только треть из них. Более эффективное влияние оказывала комбинированная терапия на дневную активность. До лечения половина больных как основной, так и контрольной группы отмечали физическую вялость, треть - рассеянность и невнимательность в течении дня, трудности в концентрации внимания, чувствовали себя бодрыми утром только 7,7% пациентов основной группы и 8,1% контрольной группы. В результате проведенной комплексной терапии Хомвио-Нервином и Хомвиотензином количество пациентов, отмечавших вышеописанные жалобы, существенно уменьшилось. Бодрость в утреннее время ощущали после лечения в основной группе - 46,2% пациентов, в контрольной - 24,5% пациентов. На фоне лечения в основной группе увеличилось количество пациентов, которых не беспокоила сонливость. Эти результаты показывают, что добавление к Хомвиотензину Хомвио-Нервина у больных с мягкой артериальной гипертензией и вегетативной дисфункцией, депрессивными расстройствами способствует улучшению сна, что проявляется увеличением его продолжительности, укорочением периода засыпания, уменьшением пробуждений ночью, улучшением общего самочувствия в течении дня.

Для характеристики степени выраженности депрессии по самооценке нами использована шкала депрессии Бека. Анализ полученных результатов показал, что в исходе обе группы не отличались по среднему для каждой группы баллу: в основной группе он составлял  $23,9 \pm 3,4$ , в контрольной –  $21,2 \pm 2,4$ , что соответствует депрессии средней степени. Через 28 дней комбинированной терапии Хомвио-Нервином и Хомвиотензином суммарный балл уменьшился до  $12,6 \pm 1,4$  ( $p < 0,05$ ) (легкая депрессия), на фоне монотерапии Хомвиотензином – до  $16,8 \pm 1,9$  ( $p < 0,05$ ) (умеренная депрессия). Это значит, что добавление Хомвио-Нервина к терапии больных с мягкой артериальной гипертензией Хомвиотензином значительно уменьшает выраженность депрессии, вызывая следующую динамику: от депрессии средней степени к депрессии легкой степени – в основной группе и до умеренной – в контрольной.

Об улучшении состояния пациентов на фоне терапии Хомвио-Нервином свидетельствуют также результаты тестирования по опроснику САН. Так, в основной группе средний балл по самочувствию увеличился с  $3,3 \pm 0,3$  до  $4,5 \pm 0,2$  ( $p < 0,001$ ), активность – с  $3,7 \pm 0,3$  до  $4,7 \pm 0,2$  ( $p < 0,001$ ), настроение – с  $3,7 \pm 0,4$  до  $4,7 \pm 0,2$  ( $p < 0,001$ ), что косвенно отражает улучшение качества жизни больных. В контрольной группе мы также отметили изменение показателей в сторону улучшения, однако, данные изменения не были достоверными (рис.1).

Под влиянием проведенного лечения офисное систолическое АД (САД) снизилось основной группе в среднем на 12 мм рт.ст., диастолическое (ДАД) - на 10 мм рт.ст.: САД до лечения составило  $144,8 \pm 4,3$  мм рт.ст., после лечения -  $132,3$  мм рт.ст, ДАД -

соответственно  $96,6 \pm 3,2$  и  $86,5 \pm 2,2$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ). В группе контроля офисные САД и ДАТ снизились соответственно на 11 и 9 мм рт.ст.

Достоверно уменьшились и средние показатели АД за сутки, день и ночь в обеих группах. Среднесуточное САД снизилось на  $10,4 \pm 0,3$  мм рт.ст ( $p < 0,01$ ) в основной группе и на  $9,7 \pm 0,3$  – в группе контроля, среднесуточное ДАД - на  $6,4 \pm 0,4$  мм рт.ст. – в основной группе и на  $5,8 \pm 0,3$  мм рт.ст – в группе контроля. Препарат был одинаково эффективен днем и ночью. Отмечено существенное уменьшение "нагрузки давлением" как в дневной, так и ночной периоды, что проявлялось одинаковым снижением индекса времени САД и ДАД за сутки, день и ночь в 1,4 раза - для САД и в 1,5 раза - для ДАД. На фоне лечения в основной группе отмечено достоверное уменьшение variability АД за сутки, день и ночь: через 28 дней терапии Хомвио-Нервином в комбинации с Хомвиотензином мы наблюдали ее снижение в дневной период с  $19,6 \pm 2,5$  до  $14,2 \pm 1,7$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ), в ночной период с  $14,6 \pm 2,5$  до  $9,2 \pm 1,3$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ) (табл.2). В группе контроля достоверных изменений variability АД не отмечено. Выявленное положительное влияние комбинации Хомвио-Нервина и Хомвиотензина на variability артериального давления заслуживает особого рассмотрения, так как наш опыт показывает, что повышенная variability АД корректируется с помощью антигипертензивной терапии далеко не всегда, она относится к самым стойким нарушениям суточной динамики АД. По-видимому, снижение variability АД при указанной терапии связано с сочетанием легкого седативного эффекта Хомвио-Нервина и уменьшением влияния симпатической нервной системы на сосудистый тонус, которое обеспечивается Хомвиотензином, в состав которого входят небольшие дозы раувольфии и резерпина растительного происхождения.

Анализ суточного ритма показал, что комбинированная терапия Хомвиотензином и Хомвио-Нервином способствует восстановлению физиологического двухфазного суточного ритма АД. Это проявлялось нормализацией суточного индекса в основной группе, в то время как в группе контроля достоверных изменений суточного индекса не выявлено. Так, на фоне комбинированного лечения Хомвио-Нервином и Хомвиотензином суточный индекс увеличился с  $6,5 \pm 0,3\%$  до  $12,4 \pm 0,3\%$  ( $p < 0,05$ ), т.е. нормализовался, а в группе контроля соответственно – с  $6,9 \pm 0,3\%$  до  $8,9 \pm 0,3\%$  (рис.2). По-видимому, данные изменения связаны с улучшением структуры сна, наблюдавшемся нами в обеих группах, но более выраженным у больных, принимавших комбинированную терапию. Уменьшение количества пробуждений, отмеченное нашими больными, способствует поддержанию физиологического снижения АД в ночное время и восстановлению нормального суточного ритма АД.

В целом наши данные показывают, что лечение больных с мягкой артериальной гипертензией комбинацией Хомвио-Нервина и Хомвиотензина эффективно снижает АД как в дневной, так и в ночной периоды, уменьшая нагрузку давлением в течение 24 часов, снижает variability АД и нормализует его суточный профиль. Степень снижения АД была одинаковой в обеих группах, однако они различались по влиянию на variability и суточный индекс: у больных, принимавших комбинированную терапию, эти показатели улучшились более существенно.

## ВЫВОДЫ

1. Комбинированная терапия Хомвио-Нервином и Хомвиотензином способствует снижению артериального давления, нормализации его variability и восстановлению физиологического двухфазного суточного ритма у больных с мягкой артериальной гипертензией, вегетативной дисфункцией и депрессивными расстройствами.
2. Добавление Хомвио-Нервина к Хомвиотензину способствует улучшению результатов лечения больных с мягкой артериальной гипертензией по сравнению с монотерапией Хомвиотензином: уменьшает variability артериального

давления и увеличивает суточный индекс, что свидетельствует о восстановлении физиологического суточного ритма артериального давления.

3. Хомвио-Нервин в комбинации с Хомвиотензином улучшает качество жизни больных с артериальной гипертензией, что проявляется в улучшении самочувствия, настроения, повышении активности, уменьшении выраженности депрессии.
4. Хомвио-Нервин в комбинации с Хомвиотензином устраняют явления диссомнии: увеличивают продолжительности сна, укорачивают период засыпания, уменьшают количество пробуждений ночью, улучшают самочувствие утром и в течение всего дня.
5. Комбинация Хомвионервина и Хомвиотензина хорошо переносится, практически не вызывает побочных эффектов и может быть рекомендована в широкую врачебную практику.

Таблица 1.

**Результаты сомнологического анкетирования**

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Продолжительность сна, час.	6,5±0,4	7,4±0,2*	6,84±0,3	7,0±0,3
Время засыпания, мин.	36,4±6,5	17,3±2,2**	34,4±5,5	27,1±2,2
Пробуждения (% пациентов)	92,3±5,5	56,2±2,1***	90,3±6,0	76,1±4,0*
Сонливость (% пациентов):	76,9±2,9	25,6±0,9***	74,4±2,4	38,8±1,0***
• утром	17,9±0,5	8,2±0,2***	18,3±0,5	13,2±0,4***
• в первой половине дня	10,2±0,3	2,9±0,2***	9,6±0,5	5,1±0,5***
• в течении дня	48,8±1,8	14,5±0,4***	47,1±1,8	20,5±1,0***

\*  $p < 0,05$ , достоверность различий до лечения и после лечения

\*\*  $p < 0,01$ , достоверность различий до лечения и после лечения

\*\*\*  $p < 0,001$

Таблица 2.

**Динамика вариабельности АД на фоне лечения в основной и контрольной группах**

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
В САД д, мм рт.ст.	19,6±2,5	14,2±1,7*	18,5±2,1	15,9±2,1
В ДАД д, мм рт.ст.	15,7±1,9	11,8±1,8*	14,7±1,8	13,7±1,9
В САД н, мм рт.ст.	16,6±1,5	12,2±1,3*	15,7±1,4	13,8±1,4
В ДАД н, мм рт.ст.	13,7±1,8	11,2±1,6*	12,6±1,5	11,9±1,4

$p < 0,05$ , достоверность различий до лечения и после лечения

В САД - вариабельность САД

В ДАД - вариабельность ДАД

д - день

н - ночь

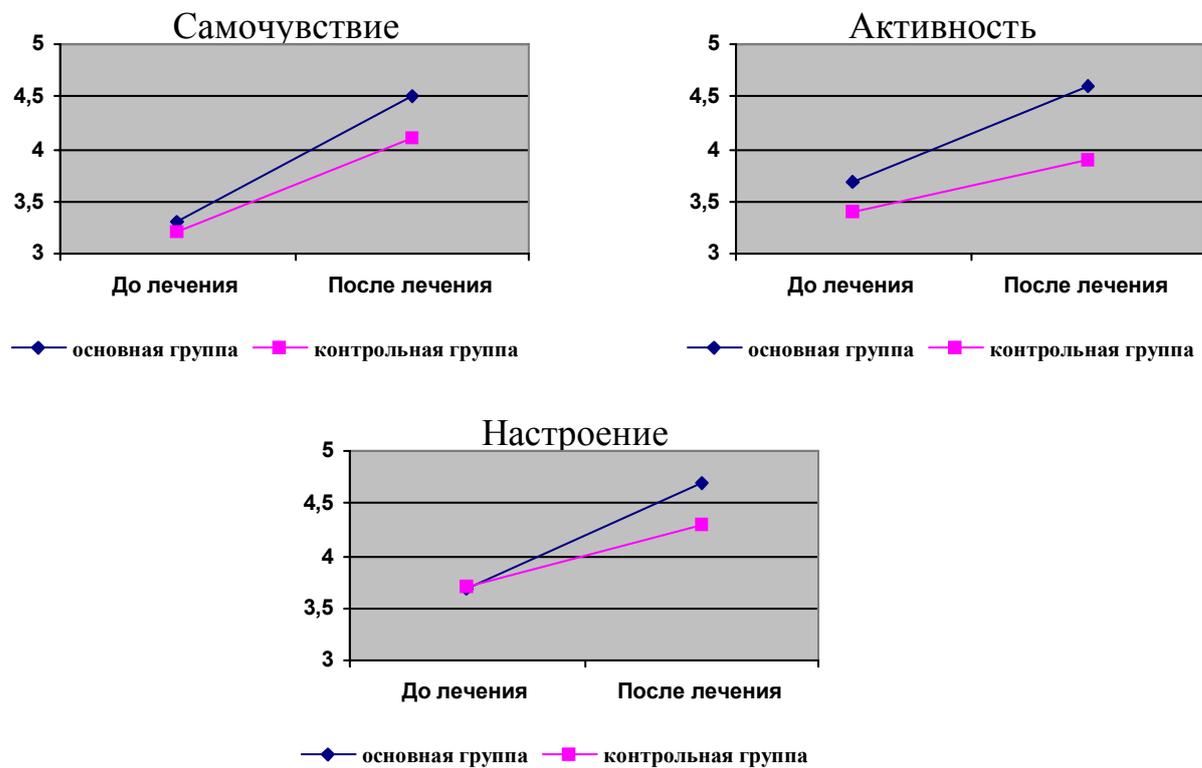


Рис.1. Динамика показателей опросника САН в основной и контрольной группах

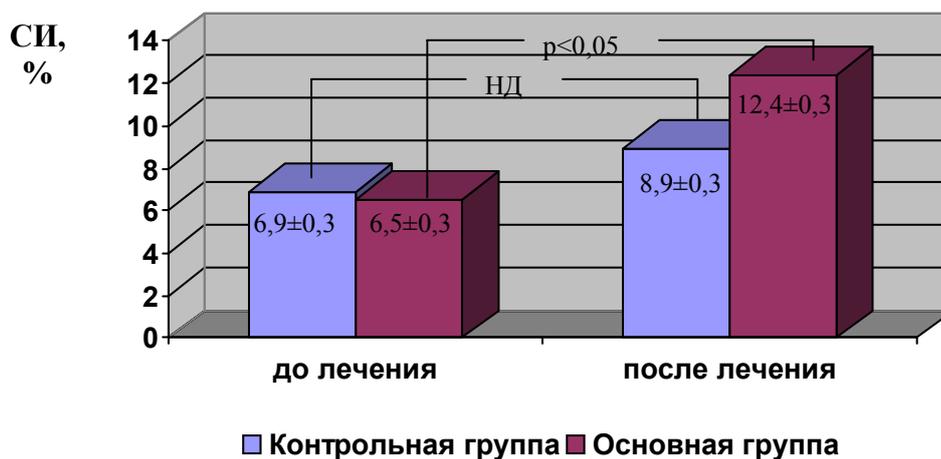


Рис. 2. Динамика суточного индекса АД на фоне лечения в основной и контрольной группах