

М.А. Христиченко*

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

ВЛИЯНИЕ БУСПИРОНА ГИДРОХЛОРИДА НА ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СМЕШАННЫМ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

М.А. Khristichenko*

Donetsk National Medical University n.a. M. Gorky, Donetsk, Ukraine

BUSPIRONE HYDROCHLORIDE EFFECTS ON HOSPITALIZATIONS FREQUENCY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND MIXED ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER

Резюме

Цель исследования. Оценка влияния буспирона гидрохлорида на частоту госпитализаций больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР). **Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 49 пациентов с ХСН ишемической этиологии и СТДР. Пациентам 1-й группы (n=25) в дополнение к стандартной терапии ХСН и ишемической болезни сердца (ИБС) назначался буспирона гидрохлорид в стартовой дозе 15 мг/сут в 3 приёма с постепенным (в течение 2 нед.) повышением дозы до эффективной (30 мг/сут). Пациенты 2-й группы (n=24) получали стандартную терапию ХСН и ИБС. Через 6 мес. оценивали частоту и продолжительность госпитализаций больных обеих групп. **Результаты.** Риск госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН был значительно ниже в 1-й группе пациентов по сравнению со 2-й (ОР 0,333, 95%ДИ 1,12-8,05, p=0,035). **Выводы.** Применение буспирона гидрохлорида в дополнение к стандартной терапии ассоциируется со снижением риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН у больных с СТДР.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность; смешанное тревожно-депрессивное расстройство; декомпенсация; госпитализация

Для цитирования: Христиченко М.А. ВЛИЯНИЕ БУСПИРОНА ГИДРОХЛОРИДА НА ЧАСТОТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СМЕШАННЫМ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ. Архивъ внутренней медицины. 2017;7(2): 115-120. DOI: 10.20514/2226-6704-2017-7-2-115-120

Abstract

Aim. Assessing the impact of buspirone hydrochloride on hospitalizations frequency in patients with chronic heart failure (CHF) and mixed anxiety-depressive disorder (MADD). **Materials and methods.** The study involved 49 patients with heart failure of ischemic etiology and MADD. Patients in Group 1 (n = 25) received buspirone hydrochloride (in the starting dose of 15 mg/day with a gradual (within 2 weeks) increasing to the effective (30 mg/day)) in addition to standard CHF therapy and coronary heart disease (CHD). Patients in group 2 (n = 24) received standard therapy of CHF and CHD. After 6 months, we evaluated hospitalizations frequency and duration in patients from both groups. **Results.** The risk of hospitalization for heart failure decompensation was significantly lower in patients from group 1 compared with patients from group 2 (HR 0.333, 95% CI 1,12-8,05, p = 0.035). **Conclusions.** Buspirone hydrochloride admission in addition to standard therapy is associated with reduced risk of hospitalization for decompensation of chronic heart failure in patients with MADD.

Key words: chronic heart failure; mixed anxiety-depressive disorder; decompensation; hospitalization

For citation: Khristichenko M.A. BUSPIRONE HYDROCHLORIDE EFFECTS ON HOSPITALIZATIONS FREQUENCY IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AND MIXED ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDER. Archive of internal medicine. 2017; 7(2): 115-120. [In Russian]. DOI: 10.20514/2226-6704-2017-7-2-115-120

DOI: 10.20514/2226-6704-2017-7-2-115-120

ВСП — вариабельность сердечного ритма, ДИ — доверительный интервал, ИБС — ишемическая болезнь сердца, СТДР — смешанное тревожно-депрессивное расстройство, ТДР — тревожно-депрессивные расстройства, ФК — функциональный класс, ХСН — хроническая сердечная недостаточность

Несмотря на значительные успехи в лечении сердечно-сосудистых заболеваний в целом и ишемической болезни (ИБС) в частности, распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) неуклонно растет. Частота и продолжительность госпитализаций по поводу её декомпенсации — важный социально-экономический показатель, который определяет необходимость поиска новых возможностей в тактике ведения больных ХСН. Согласно некоторым исследованиям [1], госпитализации по поводу декомпенсации ХСН, а тем более повторные, значительно увеличивают риск смерти таких больных. Поэтому снижение риска госпитализаций, является одной из целей лечения пациентов с ХСН [2].

Имеются данные [6], что наличие тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у пациентов с ХСН приводит к существенному повышению частоты госпитализаций и увеличению общих затрат на лечение, а успешная и своевременная их коррекция улучшает состояние и прогноз таких больных [14]. Однако, применение большинства стандартных анксиолитиков и антидепрессантов у больных с ХСН лимитировано высокой частотой развития серьезных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы. Исследований анксиолитика с антидепрессантной активностью буспирона гидрохлорида у пациентов с ХСН до настоящего времени практически не проводилось, несмотря на отсутствие серьезных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы (в инструкции к препарату описана только редкая тахикардия ($\leq 1\%$ случаев)). Данных о взаимодействии данного препарата с препаратами, применяемыми для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, также не имеется. В этой связи **целью** данного исследования явилась оценка влияния буспирона гидрохлорида на частоту госпитализаций больных ХСН со смешанным тревожно-депрессивным расстройством (СТДР).

Материалы и методы

В исследование включались пациенты, имеющие клинические признаки СТДР и ХСН ишемической этиологии II-IV функционального класса (ФК) по NYHA (документированная декомпенсация в анамнезе в течение последнего года, документированная стабильная стенокардия напряжения и/или инфаркт миокарда в анамнезе), получающие адекватную медикаментозную терапию ХСН и ИБС, рекомендованную действующими руководствами, и подписавшие информированное согласие. Критерии исключения: органические расстройства личности, прием антидепрессантов, анксиолитиков, транквилизаторов в течение 1 мес. до включения, декомпенсация ХСН или острый коронарный синдром в течение 1 мес. до включения, тяжелая сопутствующая патология, выраженные лабораторные нарушения (в том числе снижение скорости клубочковой фильтрации), алкогольная и наркотическая

зависимость, выраженные нарушения когнитивных функций, низкий и средний уровень приверженности к лечению. Данное исследование было одобрено локальным комитетом по биоэтике при Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького.

Методом генерации случайных чисел пациенты были разделены на 2 группы. Больным 1-й группы ($n=25$) в дополнение к стандартной терапии ХСН и ИБС назначался буспирона гидрохлорид в стартовой дозе 15 мг/сут, разделённых на 3 приёма, с постепенным (в течение 2 нед.) повышением дозы до эффективной (30 мг/сут). Пациенты 2-й группы ($n=24$) получали только стандартную терапию ХСН и ИБС (ИАПФ или БРА, β -адреноблокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, статины, антиагреганты, петлевые диуретики).

Исходно и через 6 мес. лечения у всех больных оценивали наличие и выраженность СТДР (при помощи опросников HADS — госпитальная шкала тревоги и депрессии, Спилбергер-Ханина и Бека), уровень приверженности к лечению (с помощью теста Мориски-Грина), вариабельность сердечного ритма (ВСР). Анализ ВСР проводился по данным суточного мониторирования ЭКГ при помощи комплекса «Кардиотехника 4000» («ИНКАРТ», Россия). Также на протяжении 6 мес. исследования анализировали частоту и продолжительность госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН. Пациенты, снизившие свою приверженность к лечению через 6 мес. терапии (< 4 баллов по результатам теста Мориски-Грина), исключались из анализа. В течение всего периода исследования фиксировались любые нежелательные явления, развившиеся на фоне лечения (телефонные контакты 1 раз в месяц, визиты пациентов в клинику исходно и через 6 мес. лечения).

Полученные данные обрабатывались на персональном компьютере при помощи Microsoft Excel и статистического пакета Medstat. Для проверки распределения на нормальность использовали критерии χ^2 и W Шапиро-Уилка. При нормальном распределении данные приводились в виде среднее $\pm$ стандартное отклонение ($m \pm \sigma$) — для непрерывных величин и как доля (процентное отношение) — для категориальных переменных, при отличном от нормального — обозначены как медиана (Me (ИКР)). Для сравнения двух выборок переменных, подлежащих нормальному закону распределения, использовали парный и непарный t-критерии Стьюдента. Для изучения распределения дискретных признаков в разных группах применяли стандартный метод анализа таблиц сопряженности с использованием критерия χ^2 Пирсона. Отношение рисков определялось с 95%-м доверительным интервалом (ДИ), для расчета которого использовалось угловое преобразование Фишера. Во всех случаях проверки гипотез различия считались статистически значимыми при величине $p < 0,05$.

Результаты

Исходно статистически значимых отличий по клинико-демографическим показателям между группами не было (табл. 1).

Исходно все пациенты обеих групп имели высокий уровень приверженности (4 балла по результатам теста Мориски-Грина). Через 6 мес. наблюдения по-прежнему высокий уровень приверженности сохранили 25 (100%) пациентов 1-й группы и 24 (96%) пациента 2-й группы. 1 (4%) пациент 2-й группы был исключен из статистического анализа в связи со снижением приверженности к лечению через 6 мес. (3 балла по результатам теста Мориски-Грина).

В начале исследования показатели опросников HADS, Спилбергера-Ханина и Бека были сопоставимы в обеих группах пациентов (все $p>0,05$). Через 6 мес. показатели по всем вышеперечисленным опросникам значительно улучшились только в 1-й группе пациентов. Так, по данным Госпиталь-

ной шкалы тревоги и депрессии (HADS) количество баллов по субшкалам тревожности и депрессии существенно снизилось ($p<0,01$) среди пациентов 1-й группы и стало соответствовать понятию «норма» (отсутствие достоверно выраженных тревоги/депрессии) для этого опросника (табл. 2). Среди пациентов 2-й группы значимых изменений по сравнению с исходным уровнем не произошло (наблюдалось незначительное повышение уровня депрессии на фоне снижения уровня тревожности).

В целом по результатам заполнения опросника HADS, через 6 мес. наблюдения свои показатели улучшили 22 (88%, 95% ДИ: 71,8-97,8%) пациента из 1-й группы, и 5 (21%, 95% ДИ: 6,5-38,6%) пациентов из 2-й группы (различия достоверны, $\chi^2=20,61$, $p<0,004$).

Согласно результатам заполнения шкалы Спилбергера-Ханина спустя 6 мес. наблюдения показатели улучшились у 18 (72%, 95% ДИ: 52,1%-88,2%) больных из 1-й группы, и у 6 (25%, 95% ДИ:

Таблица 1. Клинико-демографическая характеристика групп пациентов
Table 1. Clinical and demographic characteristics of patients groups

Показатель / Indicator	1-я группа (n=25) / 1 group	2-я группа (n=24) / 2 group	Уровень значимости / p
Пол, мужчины, n (%) / Gender, males	12 (48,0%)	14 (56,0%)	$p=0,778$
Возраст, лет (M±σ) / Age, years	68,0±2,4	67,2±1,5	$p=0,052$
Длительность ХСН, лет (M±σ) / CHF duration, years	4,6±0,2	4,5±0,3	$p=0,075$
Перенесенный инфаркт миокарда, n (%) / Previous myocardial infarction	16 (64,7%)	13 (52,0%)	$p=0,567$
Артериальная гипертензия, n (%) / Arterial hypertension	23 (92,0%)	24 (100,0%)	$p=0,471$
Эпизоды фибрилляции предсердий в анамнезе, n (%) / Previous atrial fibrillation	10 (40,0%)	12 (50,0%)	$p=0,777$
Сахарный диабет, n (%) / Diabetes mellitus	7 (28,0%)	5 (20,0%)	$p=0,741$
Индекс массы тела, кг/м ² (Me (Q4;Q3)) / Body mass index, kg/m ²	25,9 (23,8; 29,3)	26,0 (22,4; 30,1)	$p=0,426$
Курение, n (%) / Smoking	9 (36,0%)	10 (40,0%)	$p=1,000$
ФК ХСН, n (%) / Functional class of CHF			
II ФК / II FC	12 (48,0%)	11 (44,0%)	$p=1,0$
III ФК / III FC	9 (36,0%)	10 (40,0%)	$p=1,0$
IV ФК / IV FC	4 (16,0%)	4 (16,0%)	$p=0,701$
Фракция выброса левого желудочка ≤50%, n (%) / Left ventricular ejection fraction ≤50%	7 (28,0%)	9 (36,0%)	$p=0,763$

Таблица 2. Показатели опросника HADS у пациентов с ХСН и СТДР исходно и через 6 мес наблюдения
Table 2. HADS questionnaire results in patients with CHF and mixed anxiety-depressive disorder at baseline and after 6 months follow up

Субшкалы / Subscales	HADS, результат в баллах / HADS, results in points			
	1-я группа (n=25) / 1 group		2-я группа (n=24) / 2 group	
	Исходно / Baseline	Через 6 мес. наблюдения / After 6 months follow up	Исходно / Baseline	Через 6 мес. наблюдения / After 6 months follow up
Тревожность / Anxiety	11,5±1,8	5,8±1,4 ^{1,2}	10,7±2,1	8,9±3,5
Депрессия / Depression	10,9±2,1	6,7±1,4 ^{1,2}	9,8±3,5	10,3±1,2

Примечания: 1 — $p<0,01$ сравнение с исходными данными
2 — $p<0,05$ сравнение с аналогичными показателями 2-й группы через 6 мес.

9,1%-43,3%) — из 2-й группы (различия достоверны, $\chi^2=9,70, p=0,002$).

Параметры шкалы Бека через 6 мес. наблюдения улучшились у 20 (80%, 95% ДИ: 61,4-93,5%) пациентов из 1-й группы, и у 3 (12,5%, 95% ДИ: 2,2-28,2%) из 2-й группы (различия достоверны, $\chi^2=20,61, p<0,001$).

Вышеприведенные данные свидетельствуют в пользу значительного уменьшения тяжести СТАР у пациентов с ХСН на фоне приема бупирона гидрохлорида.

Показатели ВСР исходно не отличались между группами больных и свидетельствовали об общем снижении ВСР (табл. 3).

Исходно в обеих группах были снижены как показатели временной части спектра, характеризующие тонус парасимпатической нервной системы (напри-

мер, SDNN), так и показатели спектральной области (например, HF), а также регистрировалось достоверное увеличение индекса вагосимпатического взаимодействия LF/HF.

Через 6 мес. показатели ВСР в группе 1 изменились: достоверно увеличились такие показатели, как SDNN, RMSSD, pNN50, HF, TP, достоверно снизилось отношение LF/HF ($p<0,05$). Данные изменения свидетельствуют в пользу снижения симпатических влияний и повышения воздействий вагуса. Во 2-й группе существенных улучшений параметров ВСР зарегистрировано не было.

Таким образом, через 6 мес. применения бупирона гидрохлорида в дополнение к стандартной терапии у пациентов с ХСН и СТАР наблюдалось улучшение показателей ВСР, отражающее усиление парасимпатических влияний.

Таблица 3. Показатели вариабельности сердечного ритма (Me (ИКР)) у пациентов с ХСН и СТАР исходно и через 6 мес наблюдения

Table 3. Heart rate variability in patients with CHF and mixed anxiety-depressive disorder at baseline and after 6 months follow up

Показатель/ Indicator	1-я группа (n=25)/1 group		2-я группа (n=24)/2 group	
	Исходно/ Baseline	Через 6 мес./ After 6 months follow up	Исходно/ Baseline	Через 6 мес./ After 6 months follow up
SDNN, мс	22,5 (9,9;29,8)	53,3 (18,5;69,4) ^{1,2}	24,2 (8,4;34,2)	20,6 (10,5;33,5)
RMSSD, мс	13,4 (7,5;18,7)	28,8 (15,4;48,4) ^{1,2}	16,3 (8,4;20,5)	14,7 (6,6;19,5)
pNN50, %	0,5 (0,1;3,0)	3,0 (1,2;5,2) ^{1,2}	0,3 (0,0;3,2)	0,2 (0,0;3,4)
HF, мс ²	25,6 (13,2;38,7)	57,7 (36,4;78,5) ^{1,2}	27,0 (15,5;39,2)	26,3 (12,4;37,4)
LF, мс ²	57,5 (34,3;76,5)	48,9 (36,4;59,6)	58,8 (33,2;77,3)	59,4 (35,5;78,7)
VLF, мс ²	72,1 (39,2;92,2)	60,7 (42,2;81,4)	70,7 (41,4;90,6)	69,0 (39,5;94,6)
LF/HF	5,8 (3,8;7,8)	2,8 (1,5;4,0) ^{1,2}	5,4 (2,9;6,9)	5,0 (3,2;7,1)
TP, мс ²	534,7 (344,8;782,2)	688,3 (601,2;898,6) ^{1,2}	548,5 (352,4;790,8)	551,4 (363,3;808,5)

Примечания: ¹ — различия достоверны в сравнении с исходными данными этой же группы ($p<0,05$)
² — различия достоверны в сравнении с группой 2 через 6 мес наблюдения ($p<0,05$)

Таблица 4. Показатели госпитализаций в связи с декомпенсацией ХСН у пациентов с ХСН и СТАР за 6 мес наблюдения

Table 4. Rate of hospitalizations due to decompensated heart failure in patients with CHF and mixed anxiety-depressive disorder per 6 months follow up

Показатель/Indicator	1-я группа (n=25)/1 group	2-я группа (n=24)/2 group	Уровень значимости/p
Общее количество случаев госпитализации по поводу декомпенсации ХСН / The total number of hospital admissions for heart failure decompensation	5	23	
Количество пациентов, госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН, n (%) / Number of patients hospitalized due to heart failure decompensation	4 (16%)	12 (50%)	$p=0,034$
Количество пациентов, повторно госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН, n (%) / Number of patients re-hospitalized due to heart failure decompensation	1 (4%)	11 (45,8%)	$p=0,003$
Суммарная продолжительность госпитализации по поводу декомпенсации ХСН, дни / The total duration of hospitalization for decompensated heart failure, days	80	502	$p=0,005$
Средняя продолжительность одной госпитализации, дни (M±σ) / The average length of hospital admissions, days	16,0 ±5,3	21,8±8,7	$p=0,005$

За 6 мес. наблюдения количество пациентов, госпитализированных и повторно госпитализированных в связи с декомпенсацией ХСН, было значительно меньше во 1-й группе пациентов по сравнению со 2-й. Показатели продолжительности госпитализаций также было значимо ниже в 1-й группе пациентов (табл. 4).

Применение буспилона гидрохлорида в дополнение к стандартной терапии ХСН ассоциировалось с существенным снижением риска госпитализации по поводу декомпенсации ХСН (ОР 0,333, 95% ДИ 0,12-0,89, $p=0,035$). В то же время уменьшения риска повторных госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН на фоне приема буспилона гидрохлорида не отмечалось.

Таким образом, на фоне применения буспилона гидрохлорида в течение 6 мес. наблюдалось уменьшение выраженности либо исчезновение СТАР и улучшение симпато-вагального баланса по данным оценки ВСР, что сопровождалось снижением риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН.

Обсуждение

Механизмы негативного влияния аффективных расстройств, и СТАР в том числе, на течение ХСН многогранны и до конца не изучены. Известно, что тревога и депрессия являются дополнительным фактором снижения физической, психической и социальной активности таких пациентов. Кроме того, наличие соматических симптомов, непосредственно обусловленных ТДР (расстройство сна, потеря или увеличение веса, слабость, повышенная усталость и т.д.), играет определенную роль и в ухудшении качества жизни таких больных [5].

Сведения литературы о влиянии антидепрессантов и анксиолитиков на прогноз пациентов с ХСН и ТДР крайне противоречивы: ряд исследований демонстрирует уменьшение смертности и частоты госпитализаций на фоне приема данных препаратов [15], другие — отсутствие значимых изменений [8], а в некоторых работах, напротив, отмечается ухудшение прогноза [9]. Такие существенные противоречия могут быть обусловлены несколькими факторами. Во-первых, положительное влияние анксиолитиков на прогноз пациентов с ХСН и ТДР зависит от эффективности их применения. Так, по данным одного из американских регистров больных с ХСН, выживаемость таких больных при наличии депрессии улучшает не сам факт приема антидепрессантов, а отсутствие симптомов депрессии на фоне лечения [8]. Во-вторых, возможности применения этих препаратов у пациентов с ХСН и ТДР в определенной мере ограничены ввиду побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы.

В нашем исследовании буспилона гидрохлорид доказал свою высокую эффективность в коррекции СТАР у пациентов с ХСН ишемической этиологии.

В то же время препарат в целом хорошо переносился больными: все пациенты прошли полный курс лечения, один из них отмечал легкую тошноту через 30-60 минут после приема буспилона гидрохлорида на этапе титрования дозы, которая не потребовала отмены препарата и самостоятельно разрешилась через 10 дней лечения; одна пациентка предъявляла жалобы на незначительную сонливость. Никаких побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы, в том числе и описанной в инструкции к препарату возможной тахикардии, у обследованных нами пациентов зарегистрировано не было.

Наличие ТДР ассоциируется и со снижением эффективности лечения ХСН, обусловленным негативным отношением больного к терапии. Показано, что такие пациенты имеют низкую приверженность к модификации образа жизни и медикаментозной терапии [7, 11, 12]. Отмечают [4], что 20-60% всех случаев регоспитализаций при ХСН провоцирует низкая приверженность пациентов к лечению, а 80% таких больных имеют ТДР. В наше исследование включались пациенты лишь с высоким уровнем приверженности к лечению, который сохранялся у 98% пациентов и через 6 мес. наблюдения. Это позволило исключить влияние низкой приверженности к лечению на частоту госпитализаций у пациентов с ХСН и СТАР в данной работе.

По данным литературы, в основе столь серьезного негативного влияния ТДР на течение ХСН, кроме описанных выше очевидных воздействий, лежит целый ряд сложных патофизиологических механизмов, связанных с активацией симпатoadреналовой системы, нарушением variability сердечного ритма, избыточной выработкой провоспалительных цитокинов (в частности, интерлейкинов-6 и -1) и фактора некроза опухоли на фоне недостатка противовоспалительного цитокина интерлейкина-10, нарушением процессов апоптоза и т.д. ТДР и ХСН могут одновременно являться как причиной, так и следствием друг друга, замыкая порочный коморбидный круг [14]. Результаты выполненного нами исследования позволяют предположить, что благоприятное влияние буспилона на течение ХСН, вероятно, может быть опосредовано воздействием на симпато-вагальный дисбаланс. Как известно, гиперактивация симпатoadреналовой системы является важнейшим патогенетическим звеном в развитии и прогрессировании ХСН. В нашем исследовании наблюдались достоверные изменения показателей ВСР на фоне приема буспилона гидрохлорида: увеличение временных и спектральных показателей; снижение индекса вагосимпатического взаимодействия. Данные изменения свидетельствуют в пользу снижения сим-

патических влияний и повышения воздействий вазгуса и подтверждают определенную эффективность препарата в коррекции избыточной симпатoadrenalовой активности.

Таким образом, положительное влияние буспилона на течение ХСН не ограничивается лишь непосредственным воздействием на психологическую сферу, а достигается и за счет дополнительных плейотропных эффектов. Проведение дальнейших исследований, вероятно, позволит выявить и другие пути реализации положительных свойств препарата и патогенетически обосновать необходимость его назначения пациентам с ХСН и ТДР.

Выводы

1. Буспилона гидрохлорид является эффективным и безопасным анксиолитиком с антидепрессантными свойствами для коррекции СТАР у пациентов с ХСН ишемического генеза [3].

2. На фоне применения буспилона гидрохлорида в дополнение к стандартной терапии пациентов с ХСН и СТАР отмечается улучшение показателей ВСР, что подтверждает эффективность препарата в коррекции избыточной симпатoadrenalовой активности.

3. Применение буспилона гидрохлорида в дополнение к стандартной терапии ассоциируется со снижением риска госпитализаций по поводу декомпенсации ХСН у больных с ТДР (ОР 0,333, 95%ДИ 1,12-8,05, $p=0,035$).

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов/The authors state that this work, its theme, subject and content do not affect competing interests

Список литературы/References:

- Арутюнов Г.П. Национальный проект ОРАКУЛ-РФ. Отчет о завершении исследования. Москва. VIII Национальный конгресс терапевтов 20.11.2013.
Arutyunov G.P. National Project ORACLE-RF. Completion of the study report. Moscow. VIII National Congress of Therapists 20.11.2013 [In Russian].
- Арутюнов Г.П. Повторные госпитализации больных с синдромом острой декомпенсации ХСН. Особенности, прогностическая значимость, новые подходы к снижению риска их возникновения. Русский медицинский журнал: Кардиология. Эндокринология. 2013; 12: 612-616.
Arutyunov G.P. Re-hospitalization of patients with syndrome of acute decompensated heart failure. Features, predictive value, new approaches to reduce the risk of their occurrence. Russian Medical Journal: Cardiology. Endocrinology. 2013; 12: 612-616 [In Russian].
- Ватутин Н.Т., Христиненко М.А., Кетинг Е.В. Эффективность и безопасность буспилона гидрохлорида у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами и хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза. Архів клінічної та експериментальної медицини. 2014; 23(1): 28-31.
Vatutin N.T., Khristichenko M.A., Keting E.V. Efficacy and safety of buspirone hydrochloride in patients with anxiety and depressive disorders and chronic heart failure of ischemic origin. Archive of clinical and experimental medicine. 2014; 23 (1): 28-31 [In Russian].
- Маляров С.А. Взаимозависимость кардиоваскулярной патологии и аффективных нарушений. Украинский медицинский часопис. 2012; 6: 42-44.
Malyarov S.A. The interdependence of cardiovascular disease and affective disorders. Ukrainian medical chasopys. 2012; 6: 42-44 [In Russian].
- Ресина И.А. Выявление состояний депрессии и тревоги, качество жизни у больных с хронической сердечной недостаточностью. Актуальные вопросы военной и практической медицины. Сб. трудов II научно-практической конференции врачей Приволжско-Уральского военного округа. Оренбург. 2001.
Resina I.A. Identifying of depression and anxiety, quality of life in patients with chronic heart failure. Actual questions of military and practical medicine. Collected papers of II scientific-practical medical conference of the Volga-Ural Military District. Orenburg. 2001 [In Russian].
- Янковская В.Л. Депрессия и хроническая сердечная недостаточность. Молодой ученый. 2014; 17: 223-227.
Yankovskaya V.L. Depression and chronic heart failure. Young scientist. 2014; 17: 223-227 [In Russian].
- Carels R.A. The association between disease severity, functional status, depression and daily quality of life in congestive heart failure patients. R.A. Carels. Qual Life Res. 2004; 13(1): 63-72.
- Chung M.L. Antidepressants do not improve event-free survival in patients with heart failure when depressive symptoms remain. M.L. Chung, R.L. Dekker, T.A. Lennie et al. Heart Lung. 2013; 42(2): 85-91.
- Diez-Quevedo C. Depression, antidepressants, and long-term mortality in heart failure. C. Diez-Quevedo, J. Lupón, B. González. Int J Cardiol. 2013; 167(4): 1217-1225.
- Holzapfel N. Self-care and depression in patients with chronic heart failure N. Holzapfel, B. Löwe, B. Wild et al. Heart Lung. 2009; 38(5): 392-397.
- Jiang W, Alexander J, Christopher E et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. Arch. Intern. Med. 2001; 161 (15): 1849-1856.
- Sullivan M.D. Depression and health status in elderly patients with heart failure: a 6month prospective study in primary care. M.D. Sullivan, K. Newton, J. Hecht et al. Am. J. Geriatr. Cardiol. 2004; 13(5): 252-260.
- Suzuki T. Impact of clustered depression and anxiety on mortality and rehospitalization in patients with heart failure. T. Suzuki, T. Shiga, K. Kuwahara. J. Cardiol. 2014; 64(6): 456-462.
- Tsuyuki R.T. Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. R.T. Tsuyuki, R.S. McKelvie, J.M. Arnold et al. Arch. Intern. Med. 2001; 161(19): 2337-2342.

A

Статья получена/Article received 18.07.2016 г.
Принята к публикации/ Adopted for publication 20.02.2017 г.