

**О.Н. Гирина, Н.А. Скаржевская**

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев

## **ПРИМЕНЕНИЕ ДНЕВНОГО ТРАНКВИЛИЗАТОРА «АДАПТОЛ» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА: ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ**

**Ключевые слова:** *высокий кардиоваскулярный риск, лечение, безопасность, эффективность.*

XXI век — время стрессов и перегрузок. Преобладание психоэмоциональных перегрузок над физическими приводит к тому, что распространенность психических расстройств в человеческой популяции (по данным Эпидемиологической программы Национального института психического здоровья США) составляет 32,7 %. Серьезной общемедицинской проблемой нашего времени являются непсихотические психические расстройства у пациентов, которые длительно болеют хроническими соматическими заболеваниями. Речь пойдет о расстройствах депрессивного спектра (РДС): депрессия, тревожно-депрессивные, истеродепрессивные, тревожно-ипохондрические состояния, которые сопровождают тяжелое заболевание.

В общемедицинской практике наибольшую распространенность сейчас имеют сердечно-сосудистые заболевания, которые с прогрессом прикладных медицинских знаний носят «вялотекущий», прогрессивный, с периодами обострений, характер. Все чаще на прием к врачу приходят пациенты с серьезной сочетанной кардиоваскулярной патологией. Частые эпизоды физической боли и одышки, необходимость постоянного приема лекарств (и существенные материальные траты на них), «зависимость» от врачей, а зачастую и от стационарной помощи, нетрудоспособность и резко сниженная социальная активность, тягостные переживания о неизлечимости и опасности неблагоприятного исхода делают таких пациентов особенно подверженными РДС. Так, американские исследователи оценивают распространенность

«большой» (в соответствии с критериями МКБ-10) депрессии у больных ИБС от 15 % до 20 % [20].

Особенно часто депрессия наблюдается после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ), операции аортокоронарного шунтирования (АКШ), инсульта, а также при хронической сердечной недостаточности (ХСН). Распространенность «большой» депрессии среди этой категории больных составляет около 30 %, а отдельные симптомы тревоги и депрессии в еще большем проценте случаев [11, 16]. Близкие нам по популяции обследованных, крупные эпидемиологические российские исследования показали, что симптомы депрессии и тревоги присутствуют примерно у половины больных гипертонической болезнью (ГБ), ишемической болезнью сердца (ИБС) и ХСН [9, 16]. Доказано, что симптомы депрессии даже малой степени выраженности оказывают влияние на увеличение риска развития и повторения сердечно-сосудистых катастроф [17, 19, 21—23]. А согласно выводам крупнейшего многоцентрового исследования INTERHEART Study депрессия и стресс являются третьим по значимости и полностью независимым фактором риска развития ИМ [25].

Дифференциальной диагностикой и лечением серьезной психотической патологии, в том числе и депрессии, занимаются врачи-психиатры. Учитывая нежелание пациентов обращаться к врачам-психиатрам, диагностикой и терапией начальных проявлений РДС и тревожных состояний могут заниматься врачи общей практики, врачи-специалисты, занимающиеся лечением соматической патологии.

Наличие тревожно-депрессивных расстройств при кардиальной патологии является патогенетической основой для использования в комплексной

*Статья надійшла до редакції 15 лютого 2010 р.*

терапии препаратов, сочетающих в себе анксиолитические, противотревожные свойства [12].

Одним из таких препаратов для лечения вегетативных, невротических, легких непсихотических и тревожных расстройств является «Адаптол» (мебикар, «Олайнфарм», Латвия). Положительные эффекты препарата выявлены у больных нейрциркуляторной дистонией, ГБ, у больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом, при кардиалгиях неорганической природы [3, 5, 6, 8, 15].

Целью нашего исследования было определить эффективность и безопасность применения дневного транквилизатора и анксиолитика «Адаптола» в комплексной терапии пациентов высокого кардиального риска с проявлениями РДС, тревожными состояниями и/или синдромом вегетативной дистонии.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включено 77 больных с наличием двух и более существенных факторов сердечно-сосудистого риска. А именно: возраст более 55 лет, наличие доказанной ИБС (стенокардия III—IV ФК, перенесенные ОИМ, операция АКШ, стентирование), ГБ с признаками поражения «органов-мишеней» (гипертрофия миокарда, перенесенные инсульты или транзиторные ишемические атаки, протеинурия или микроальбуминурия высокой степени выраженности), сахарный диабет (СД), дислипидемия, облитерирующий атеросклероз периферических сосудов.

Всем пациентам было предложено внимательно ответить на вопросы следующих анкет:

1. Опросник Вейна для выявления признаков вегетативных изменений [4].

2. Психометрические шкалы, использующиеся в общемедицинской практике для выявления депрессии: HADS — госпитальная шкала тревоги и депрессии [1, 26], шкала Бека [1, 18], CES-D — шкала Центра эпидемиологических исследований США [1, 24]. Все шкалы отвечают необходимым для таких исследований критериям: надежности, высокой чувствительности и специфичности [2].

Пациенты заполняли опросники самостоятельно, без обсуждения вариантов ответа с родственниками, знакомыми, в четких временных рамках 20—30 мин. После окончания тестирования, полученные результаты вносились в базу данных, и дальнейший их анализ проводился в электронном режиме. Для проведения максимально точной количественной оценки психического состояния обследованных пациентов, мы использовали рекомендованные граничные значения суммы баллов для каждой шкалы, достижение которых указывает на наличие депрессивного расстройства легкой или тяжелой степени [4, 18, 26]. Синдром вегетативной дистонии присутствовал у пациентов, которые набрали более 15 баллов по опроснику Вейна [4]. Если пациент набирал более 12 баллов по шкале Бека, то у него отмечалось депрессивное расстройство легкой степени, если больше 20 баллов — тяжелой [1, 18]. По шкале CES-D — больше 18 баллов и 26 баллов соответственно [1, 24]. Шкала HADS предназначена для выявления признаков депрессии и тревоги и состоит из 2 под-

шкал: А (Anxiety) — тревоги и D (Depression) — депрессии. Суммарный показатель по каждой из подшкал — 6 баллов более — для легкой (субклинически выраженной) тревоги и депрессии; и более 10 баллов — для тяжелой (клинически выраженной) тревоги и депрессии [1, 26].

Пациенты, у которых по результатам тестирования не было выявлено признаков вегетативных, депрессивных или тревожных расстройств ни по одной из примененных нами шкал (таких было 32 человека, что составило 41,6 %) из дальнейшего исследования были исключены.

Пациентам, проявившим признаки вегетативных, малых психических расстройств по одной и более шкалам проведено общеклиническое обследование, записана и проанализирована стандартная ЭКГ, проведен биохимический анализ крови натощак с определением следующих показателей: общий билирубин, креатинин, мочевины, АЛТ, АСТ, глюкоза, общий холестерин, триглицериды, холестерин ЛПВП, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, КА (коэффициент атерогенности).

Была точно записана и проанализирована вся «базисная» кардиологическая терапия. Следует отметить, что обследованные пациенты не меняли подобранное медикаментозное лечение, по меньшей мере, два месяца до обследования и на протяжении всего периода приема «Адаптола» в рамках запланированного исследования. После этого все пациенты были ознакомлены с протоколом исследования, им разъяснена целесообразность, польза и возможные побочные эффекты, связанные с приемом лекарства. Три пациента изначально отказались от приема «Адаптола», посчитав для себя неубедительными наши доводы в пользу приема препарата и необходимости лечения легких тревожных и депрессивных расстройств у них.

У 42 пациентов получено устное согласие на участие в данном исследовании и назначен препарат «Адаптол» («Олайнфарм», Латвия) по 500 мг дважды в день (утром и вечером) внутрь, независимо от приема пищи на два месяца. Пациенты были проинструктированы о необходимости фиксации в дневнике всех отклонений от схемы приема препарата, фиксации возникающих побочных реакций и других нежелательных явлений.

В конце двухмесячного периода приема «Адаптола» пациенты проходили повторное обследование: они в том же режиме и объеме заполняли психометрические шкалы, проходили общеклиническое обследование, ЭКГ, анализ биохимических показателей крови.

Статистическая обработка результатов проведения с использованием t-критерия Стьюдента, Вилкоксона при непараметрическом распределении показателей с использованием пакета прикладных программ EXCEL.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В исследование включено 42 пациента с двумя или более факторами сердечно-сосудистого риска. Из них мужчин — 30 человек, женщин — 12.

Средний возраст составил  $68,5 \pm 0,9$  года. Стенокардия 2 ФК и выше наблюдалась у 39 пациентов, что составило 92,9 %. У 30 пациентов группы лечения (71,4 %) в анамнезе имелся перенесенный ОИМ и у 8-ми (19 %) был повторный ИМ. ХСН любой степени была отмечена у 40 больных (95,2 %). Симптомы ХСН 2 степени и более наблюдались у 14 из 42 пациентов, что составило 33,3 %. Диагноз ГБ до начала исследования был установлен у 39 пациентов, что составляло 92,9 %. Столь высокая встречаемость ГБ у обследованных пациентов не могла не сказаться на частоте основного ее осложнения — мозговом инсульте. Так, последний перенесли 12 человек группы активного лечения, что составило 28,6 %. Симптоматика и данные объективных методов обследования указывали на облитерирующей атеросклероз сосудов нижних конечностей у 11 человек (26,2 %). Почти у трети наших пациентов (12 человек, это 28,6 %) был ранее диагностирован такой грозный и независимый фактор риска неблагоприятных исходов как СД. Эти больные длительное время до нашего обследования находились на пероральной сахароснижающей терапии или на инсулинотерапии. Имели место также и другие факторы риска прогрессирования ИБС и развития серьезных осложнений, а именно: индекс массы тела, средняя величина которого составила  $29,4 \pm 0,6$ , курение (9 человек, 21,4 %), дислипидемия и гиперхолестеринемия.

Другим показателем, характеризующим тяжесть заболевания пациентов выбранной нами группы, является проводимая им кардиологическая терапия. Так, 37 пациентов (88,1 %) длительно получали бета-адреноблокаторы (в большинстве своем селективные пролонгированного действия). У 39 больных (92,9 %) были показания к назначению ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина II и пациенты их длительно принимали. Мочегонные средства и нитропрепараты назначались у одинакового количества больных у 17 человек (40,5 %), антагонисты кальция — у 13 больных (31 %), аспирин получали 36 человек (85,7 %). Достаточно высокой была частота длительного применения статинов — 22 пациента, что составило 52,4 %.

На фоне описанной сердечно-сосудистой и метаболической патологии, а также ее активного лечения, у обследованных пациентов достаточно часто выявлялись признаки синдрома вегетативной дистонии (согласно опроснику Вейна). Так, до начала исследования у 34 (81 %) пациентов из 42 сумма баллов превышала 15. Среднее значение этого показателя исходно было ( $31,5 \pm 2,6$ ) баллов. Длительное применение «Адаптола» в комплексе с основным кардиологическим лечением приводило к значимому снижению среднего значения баллов по опроснику Вейна  $21,7 \pm 2,1$  ( $P < 0,05$ ), а количество пациентов с признаками вегетативной дистонии уменьшилось до 20 (47,6 %). Такое позитивное влияние «Адаптола» на внешние проявления

Таблица 1. Динамика показателей психометрических шкал до и после лечения «Адаптолом»

Показатель	До лечения	После лечения	Достоверность различий, P
Опросник Вейна			
Расстройства легкой степени	34 (81 %)	20 (47,6 %)	< 0,05
Среднее значение баллов	$31,5 \pm 2,6$	$21,7 \pm 2,1$	< 0,05
Шкала Бека			
Расстройства легкой степени	19 (45,2 %)	12 (28,6 %)	НД
Среднее значение баллов	$12,3 \pm 1,3$	$10,1 \pm 1,2$	НД
Шкала CES-D			
Расстройства легкой степени	15 (35,7 %)	6 (14,3 %)	< 0,05
Среднее значение баллов	$16,2 \pm 1,2$	$13,4 \pm 1,2$	< 0,05
Шкала HADS			
Депрессии легкой степени	34 (81 %)	32 (76,2 %)	НД
Среднее значение баллов	$8,6 \pm 0,6$	$7,6 \pm 0,6$	НД
Тревоги легкой степени	19 (45,2 %)	9 (21,4 %)	< 0,05
Среднее значение баллов	$5,7 \pm 0,5$	$3,9 \pm 0,5$	< 0,05
Сумма показателей всех шкал			
Расстройства легкой степени	121 (57,6 %)	79 (37,6 %)	< 0,05

вегетативной дисфункции было описано и другими авторами [7, 10, 13, 14], что проявляется снижением ощущений сердцебиения, потливости, возбудимости, плаксивости и т. д. Анализируя полученные данные опросника Бека, мы не получили достоверного различия в частоте выявления депрессивных расстройств легкой степени после лечения «Адаптолом» (хотя наблюдалось как уменьшение среднего балла с  $12,3 \pm 1,3$  до  $10,1 \pm 1,2$ , так и уменьшение числа пациентов с симптомами депрессии с 19 до 12 человек). Другая шкала (CES-D) выявила значительное влияние длительной терапии «Адаптолом» на частоту регистрации проявлений РДС легкой степени: так, до лечения эти расстройства регистрировались у 15 (35,7 %) пациентов, а после приема препарата — у 6 (14,3 %),  $P < 0,05$ . Различия такой же направленности наблюдалась и при сравнении среднего балла по шкале CES-D до и после лечения ( $16,2 \pm 1,2$  и  $13,4 \pm 1,2$  баллов соответственно,  $P < 0,05$ ). Шкала HADS также показала положительное влияние длительной терапии «Адаптолом» на выраженность проявлений тревоги легкой степени: до лечения эти расстройства регистрировались у 19 (45,2 %) пациентов, а после приема препарата — у 9 (21,4 %),  $P < 0,05$ ; средний балл до и после лечения ( $5,7 \pm 0,5$  и  $3,9 \pm 0,5$  баллов соответственно,  $P < 0,05$ ) (табл. 1). Понимая, что каждая психометрическая шкала в отдельности имеет определенные преимущества по выявлению тех или иных симптомов и проявлений РДС, и состояния тревоги, мы решили объединить «качественный показатель» всех используемых шкал, а именно наличие проявлений расстройства хотя бы легкой степени выраженности. Так, до лечения «Адаптолом» этот условный интегральный показатель составил 121 балл, а после лечения — 79 баллов, различие достоверно  $P = 0,032$ .

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о позитивном влиянии длительной (до двух месяцев) терапии дневным транквилизатором «Адаптолом» на фоне адекватной кардиотропной терапии на состояние психической сферы пациентов с высоким кардиоваскулярным риском. Показано достоверное снижение частоты проявлений синдрома вегетативной дистонии (по опроснику Вейна), снижение частоты симптомов РДС легкой степени (по шкале CES-D) и тревоги (по шкале HADS) после указанной терапии.

Мы понимали, что результат тестирования, выраженный суммой баллов, отражает лишь общее количество и степень выраженности отдельных симптомов психического расстройства. Проводимые тестирования являются достаточно приближительной, а отчасти и субъективной оценкой, которая не может быть приравнена к клиническому диагнозу, который учитывает всю совокупность симптомов психического расстройства наряду с их диагностической значимостью. На практике субъективные методики применяются как для предварительной диагностики депрессий, так и для отбора больных, нуждающихся в консультации специалиста. Результаты нашего исследования показали, что применяемые нами шкалы могут достаточно эффективно использоваться и для оценки проводимой медикаментозной коррекции малого психического расстройства.

Применение современных высокоэффективных медикаментозных средств требует тщательного контроля безопасности их совместного использования. Однако учитывая то, что до 60 % «Адаптола» находится в плазме в несвязанном состоянии и весь он не накапливается и не метаболизируется в организме, а в течение суток полностью выводится с мочой, можно предположить достаточно безопасный

Таблица 2. Биохимические показатели крови больных до и после лечения «Адаптолом»

Показатель	До лечения	После лечения	P
Общий билирубин, мкмоль/л	$12,3 \pm 0,5$	$11,6 \pm 0,6$	НД
Креатинин, мкмоль/л	$89,6 \pm 3,2$	$94,4 \pm 3,7$	НД
Клиренс креатинина, мкмоль/мин	$81,7 \pm 3,9$	$78,6 \pm 4,2$	НД
Мочевина, ммоль/л	$4,5 \pm 0,2$	$4,8 \pm 0,2$	НД
АЛТ, Ед/л	$28,8 \pm 1,3$	$31,9 \pm 2,9$	НД
АСТ, Ед/л	$28,1 \pm 2,6$	$26,3 \pm 2,4$	НД
Глюкоза крови, ммоль/л	$6,3 \pm 0,3$	$6,4 \pm 0,3$	НД
Общий холестерин, ммоль/л	$5,2 \pm 0,2$	$5,4 \pm 0,2$	НД
Триглицериды, ммоль/л	$1,6 \pm 0,1$	$1,7 \pm 0,1$	НД
ХС ЛПВП, ммоль/л	$1,3 \pm 0,0$	$1,3 \pm 0,0$	НД
ХС ЛПНП, ммоль/л	$3,2 \pm 0,2$	$3,2 \pm 0,2$	НД
ХС ЛПОНП, ммоль/л	$0,7 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,1$	НД
Коэффициент атерогенности	$1,6 \pm 0,1$	$1,7 \pm 0,1$	НД

профиль его совместного применения с другими кардиотропными средствами. Подтверждение этому получено нами при сравнении основных показателей биохимического исследования крови до и после курса лечения «Адаптолом» (табл. 2). Проведенный курс терапии не изменил показателей печеночных проб наших пациентов. Не было изменений и в экскреторной функции почек, судя по основным ее критериям — уровню креатинина крови, его клиренсу и уровню мочевины. Не было так же обнаружено какого-либо достоверного влияния длительного приема «Адаптола» на гликемию и обмен триглицеридов, холестерина и его фракций. Здесь же следует указать, что за весь период исследования только один пациент отметил нарастание дискомфорта в животе, которое он связал с приемом препарата. Однако через 3 дня отмены прием препарата был возобновлен и желудочно-кишечные расстройства не повторялись. Наиболее частым замечанием пациентов относительно приема «Адаптола» была горечь самой таблетки, которая при этом не оставляла никакого последствия. Однако это больше фармакологическая, а не медицинская проблема.

#### ВЫВОДЫ

1. Одновременное применение нескольких психометрических шкал и опросника Вейна для выявления субклинических расстройств депрессивного спектра, состояний тревоги и вегетативной дистонии у стабильных пациентов с высоким кардиоваскулярным риском делает это исследование более полным и всесторонним. Частота выявления таких расстройств у обследованных нами больных составила 58,4 %.

2. Длительное применение дневного транквилизатора «Адаптол» на фоне основной кардиотропной терапии у наших больных с РДС приводит к снижению выраженности вегетативной дистонии на 33,4 %,  $p < 0,05$  (по опроснику Вейна), уменьшению частоты выявления РДС легкой степени в 2,5 раза (по шкале CES-D) и проявлений тревоги легкой степени в 2,1 раза (по шкале HADS), а также снижению суммарного показателя РДС на 20 %,  $p < 0,05$ .

3. Двухмесячный курс терапии «Адаптолом» на фоне современной многокомпонентной кардиотропной терапии у больных с высоким кардиоваскулярным риском является безопасным и не вызывает нежелательных явлений.

Таким образом, полученные нами результаты дают основания для рекомендации назначения дневного транквилизатора, анксиолитика «Адаптола» (мебикар, «Олайнфарм», Латвия) в комплексной терапии у больных с высоким кардиоваскулярным риском, у которых по результатам тестирования выявлены синдром вегетативной дистонии либо тревожные состояния, либо легкие проявления расстройств депрессивного спектра.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРА

1. Андрищенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике. // Журн. неврол. и психиатрии. — 2003. — 5 — С. 11—17.
2. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии: Руководство для врачей и научных работников. — М., 2004. — 434 с.
3. Булдакова Н.Г. Психотерапия в кардиологии // Рос. мед. журн. — 2006. — 14—10 — С. 1122—1124.
4. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. — М.: Медицина, 1998. — 740 с.
5. Коваленко В.Н., Несукай Е.Г., Дмитриченко Е.В. Варибельность ритма сердца как показатель функции вегетативной нервной системы у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Укр. кардіол. журн. — 2006. — № 3. — С. 68—71.
6. Коваленко В.Н., Несукай Е.Г., Дмитриченко Е.В. Коррекция вегетативной дисфункции у больных на гипертоничну хворобу та нейроциркуляторну дистонію // Ліки. — 2005. — № 1—2 — С. 118—124.
7. Мугрицкая Т.Н., Мальченко А.Н. Соматоформные расстройства в практике гастроэнтеролога // Крымский терапев. журн. — 2004. — № 1 — С. 62—65.
8. Несукай Е.Г., Несукай В.Г. Применение транквилизаторов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы // Укр. кардіол. журн. — 2000. — № 1—2. — С. 98—103.
9. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б., Вейн А.М. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в

общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. — 2004. — № 1. — С. 48—54.

10. Палій І.Г., Півторак Н.А. Можливість корекції вегетативної дисфункції у хворих із синдромом роз'ятреного кишечника // Вісн. Вінниць. держ. мед. ун-ту — 2003. — № 2/2. — С. 731—732.

11. Погосова Г.В. Депрессии у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению // Кардиол. — 2004. — № 1. — С. 88—92.

12. Психоемоциональные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: вопросы лечения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2006. — № 5(2). — С. 94—99.

13. Свінціцький А.С., Лакатощ В.П. Застосування адаптолу в лікуванні передменструального синдрому // Ліки. — 2003. — № 1—2. — С. 121—127.

14. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. — М., 2000.

15. Ушкалова Е.А., Ушкалова А.В. Эффективность и безопасность антидепрессантов у кардиологических больных // Практ. ангиол. — 2006. — № 3 (04). — С. 28—32.

16. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца: первые результаты проспективного этапа российского многоцентрового исследования КООРДИНАТА // Кардиол.— 2007. — № 10. — С. 24—30.

17. Barefoot J.C., Scholl M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample // Circulation. — 1996 — Vol. 93 — P. 1976—80.

18. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *arch gen psychiat* — 1961. — 4.
19. Larson S.L., Owens P.L., Ford D., Eaton W.. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke. Thirteen-year follow-up from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study // *Stroke*. — 2001. — Vol. 32 (9). — 1979.
20. NHLBI Working Group Report on Assessment and Treatment of Depression in Coronary Heart Disease Patients. August 10—11 2004, National Institutes of Health.
21. Ohira T., Iso H., Satoh S., et al. Prospective study of depressive symptoms and risk of stroke among Japanese // *Stroke*. — 2001 — Vol. 32 (4). — 903.
22. Penninx B.W., Beekman A.T., Honig A., et al. Depression and cardiac mortality. *Arch Gen Psychiatry* — 2001. — Vol. 58. — P. 221—7.
23. Pogosova G.V., Nibieridze D.V., Ozdoeva L.D., et al. Incidence of anxiety, depressive symptoms and their relationship with cardiovascular risk factors in men aged 35—64. // *Eur J Cardiovascular Prev Rehabil*. — 2004. — Vol. 11 (Suppl 1).
24. Radloff LS. The CES-D- scale: a self-report depression scale for research in the general population // *Appl Psychol Meas* — 1977. — Vol. 1. — P. 385—401.
25. Rosengren A., Hauken S., Ounpuu S., et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries ( the INTER-HEART study): case-control study. [www. the lancet.com](http://www.thelancet.com). September 3, 2004.
26. Zigmond AS, Snaith RP. Hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiat scand* — 1983. — Vol. 67. — P. 361—370.

О.М. Гіріна, Н.А. Скаржевська

### ЗАСТОСУВАННЯ ДЕННОГО ТРАНКВІЛІЗАТОРА «АДАПТОЛ» В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ВИСОКОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ: ДОЦІЛЬНІСТЬ, ЕФЕКТИВНІСТЬ І БЕЗПЕЧНІСТЬ

Метою дослідження було оцінити ефективність та безпечність «Адаптолу» у хворих високого кардіального ризику з тривожними станами та/чи синдромом вегетативної дистонії. Двомісячне застосування денного транквілізатора «Адаптолу» в комплексній кардіотропній терапії у хворих з розладами депресивного спектра (РДС) призвело до зниження вираженості вегетативної дистонії на 33,4 %, зменшення частоти виявів РДС легкого ступеня в 2,5 разу, виявів тривоги легкого ступеня — в 2,1 разу, зниження сумарного показника РДС на 20 %. Побічну дію препарату не зауважено.

O.M. Girina, N.A. Skarzhevska

### THE USE OF THE DAYTIME TRANQUILIZER ADAPTOL IN THE COMPLEX THERAPY OF PATIENTS OF HIGH CARDIOVASCULAR RISK: THE ADVISABILITY OF USE, EFFICACY, SAFETY

The aim of the study was to assess the efficacy and safety of Asaptol in of patients of high cardiovascular risk with the anxiety states and/or vegetative dystonia syndrome.

The two-month using of this tranquilizer Adaptol in the complex cardiotherapy of patients with the depressive disorders resulted in the reduction of the vegetative dystonia intensity by 33.4 %, decrease of the frequency of light depressive disorders in 2.5 times, mild anxiety manifestations in 2.1 times, reduction of the summarized depressive disorders index by 20 %. There were no side effects associated with the drug.