

Противотревожная терапия пациентов с «гипертонией белого халата»

К.м.н. О.Б. Доронина^{1,2}, С.В. Цой², К.С. Доронина²

¹ФГБОУ ВО «Новосибирский ГМУ» МЗ РФ

²Новосибирский городской неврологический центр «Сибнейромед»

РЕЗЮМЕ

Синдром вегетативной дистонии (СВД) тесно связан с тревожно-невротическими нарушениями при психосоматических или функциональных заболеваниях. Особое значение имеет выявление у пациентов молодого и среднего возраста вегетативных нарушений, проявляющихся транзиторным повышением АД, в связи с их распространенностью и риском перехода в гипертоническую болезнь. К вегетативным нарушениям с транзиторным повышением АД относят «гипертонию белого халата» (ГБХ). Пациентам с ГБХ ввиду большой значимости невротической составляющей и сопутствующих вегетативных нарушений в провоцировании эпизодов артериальной гипертензии (АГ) для адекватного реагирования на стресс показано назначение противотревожных и вегетотропных препаратов.

На базе Новосибирского городского неврологического центра «Сибнейромед» проведено открытое сравнительное рандомизированное клиническое исследование, целью которого была оценка эффективности и безопасности препарата Тенотен в терапии пациентов молодого возраста с АГ, обусловленной вегетативной дисфункцией.

Материал и методы: в исследование были включены 76 пациентов в возрасте от 21 до 40 лет с диагнозом ГБХ, с признаками вегетативных нарушений и повышенными значениями тревоги и депрессии. Пациенты были рандомизированы в 2 группы, сопоставимые по длительности заболевания и выраженности клинических проявлений: в основную группу включили 39 человек, в контрольную – 37 человек. Пациенты основной группы получали препарат Тенотен. Всем пациентам измеряли АД, записывали ЭКГ, проводили психологическое и вегетативное тестирование, было рекомендовано вести дневник АД и ЧСС с измерением АД утром и вечером.

Результаты: в основной группе симптомы депрессии и тревоги уменьшились достоверно значимо в сравнении с группой контроля. При оценке динамики вегетативных изменений выявлено ее достоверное различие в основной и контрольной группах. Цифры среднего значения систолического и диастолического АД пришли к показателям нормы.

Курсовое лечение препаратом Тенотен с анксиолитическим и вегетостабилизирующим действием способствует улучшению эмоционального фона, стабилизации вегетативного тонуса и нормализации показателей гемодинамики.

Ключевые слова: синдром вегетативной дистонии, «гипертония белого халата», диагностика артериальной гипертензии, противотревожная терапия, тенотен, профилактика артериальной гипертензии, релиз-активные антитела к мозгоспецифическому белку S-100.

Для цитирования: Доронина О.Б., Цой С.В., Доронина К.С. Противотревожная терапия пациентов с «гипертонией белого халата» // РМЖ. 2017. № 4. С. 1–1.

ABSTRACT

Antianxiety treatment for patients with «white coat hypertension

Doronina O.B., Tsoy S.V., Doronina K.S.

Novosibirsk State Medical university,

Novosibirsk City Neurological Center «Sibneiromed»

The Autonomic Dysfunction Syndrome is closely related with anxiety and neurotic disorders in psychosomatic or functional diseases. For the young and middle-aged patients it is particularly important to identify the autonomic disorders, manifested by transient increasing of blood pressure, due to their prevalence and the risk of hypertension development. "White coat hypertension" is a vegetative disorder with transient increasing of blood pressure. The antianxiety and vegetotrophic drugs are prescribed to patients with "white coat hypertension" to achieve an adequate stress response and because of the great importance of the neurotic component and associated autonomic disorders which provoke episodes of hypertension.

An open comparative randomized clinical study was held on the basis of the of the Novosibirsk City Neurological Center "Sibneiromed". The aim was to evaluate the efficacy and safety of the drug Tenoten in the treatment of young patients with hypertension caused by autonomic dysfunction.

Material and methods. The study included 76 patients aged from 21 to 40 years with a diagnosis of "White coat hypertension", with the signs of autonomic disorders and high levels of anxiety and depression. The patients were randomized into 2 groups, comparable in disease duration and severity of clinical implications: the main group - 39 people, the control group - 37 people. Patients of the main group received the Tenoten drug. Blood pressure was measured in all patients, ECG was recorded, psychological and vegetative testing was provided, it was recommended to keep a diary of blood pressure and heart rate with measurement of blood pressure in the morning and evening.

Results. The symptoms of depression and anxiety decreased significantly in the main group in comparison with the control group. In assessing the dynamics of autonomic changes, a significant difference in the study and control groups was revealed. The mean systolic and diastolic blood pressure levels came to normal values. A course of treatment with Tenoten with anxiolytic and vegetostabilizing effect helps to improve the emotional state, the stabilization of the vegetative tone and normalize hemodynamic parameters.

Key words: Autonomic dysfunction syndrome, «white coat hypertension», diagnosis of hypertension, antianxiety treatment, Tenoten, prevention of hypertension, release-active antibodies to S-100 brain-specific proteins.

For citation: Doronina O.B., Tsoy S.V., Doronina K.S. Antianxiety treatment for patients with «white coat hypertension» // RMJ. 2017. № 4. P. 1–1.

Введение

Чрезвычайно широкая распространенность вегетативных нарушений, а также роль вегетативной нервной системы (ВНС) в регуляции жизненно важных функций организма являются предпосылками к дальнейшему изучению и обсуждению заболеваний и состояний, связанных с нарушениями вегетативного обеспечения. Известно, что ВНС не только регулирует работу всех внутренних органов и систем, но и участвует в поддержании гомеостаза, регуляции тонуса сосудов и тесно связана с психоэмоциональным состоянием человека. Термин «синдром вегетативной дистонии» (СВД) центрального генеза ассоциирован с тревожно-невротическими нарушениями и так называемыми психосоматическими или функциональными заболеваниями [1].

Особое значение в диагностике СВД имеет выявление вегетативных нарушений у пациентов молодого и среднего возраста с ранними симптомами со стороны сердечно-сосудистой системы, проявляющимися транзиторным повышением АД [2].

Согласно последним Рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертонии ESH и ESC (2014) [3], а также Клиническим рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертонии МЗ РФ (4) под термином «артериальная гипертензия» (АГ) подразумевают синдром повышения АД при гипертонической болезни (ГБ) и симптоматических АГ. Под ГБ принято понимать «хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является АГ, не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматические АГ)». На сегодняшний день высоким нормальным считается АД 130–139/80–84 мм рт. ст. Пациенты же, имеющие цифры АД 140–159/90–99 мм рт. ст. попадают в группу АГ 1-й степени. Если значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) попадают в разные категории, то степень тяжести АГ оценивается по более высокой категории. Наиболее точно степень АГ может быть определена только у пациентов с впервые диагностированной АГ и у больных, не принимающих антигипертензивных препаратов.

Существуют два основных метода измерения АД: клинический (или офисный) и амбулаторный, включающий суточное (или амбулаторное) мониторирование АД (СМАД) и самоконтроль АД (или домашнее измерение АД самим пациентом) (СКАД). Все методы измерения АД имеют самостоятельное значение в диагностике АГ и успешно дополняют друг друга. Главное преимущество амбулаторного контроля АД заключается в том, что оно дает большое число измерений АД в условиях повседневной активности днем и в ночное время, что более надежно отражает реальное АД, чем офисные измерения. Результаты СМАД и СКАД больными на дому могут помочь в диагностике АГ, но не заменяют повторные измерения АД в лечебном учреждении. Критерии диагностики АГ по результатам СМАД, измерений АД, сделанных врачом и самим пациентом в домашних условиях, различны. О наличии АГ при оценке результатов СМАД свидетельствует среднесуточное АД $\geq 130/80$ мм рт. ст., при самостоятельном измерении пациентом в домашних условиях АД – $\geq 135/85$ мм рт. ст., при измерении медицинским работником АД – $\geq 140/90$ мм рт. ст.

На основании сопоставления уровней клинического и

амбулаторного АД в Рекомендациях по диагностике и лечению артериальной гипертонии ESH и ESC (2014) выделяют 4 варианта или фенотипа АД: 1) нормотония, 2) устойчивая АГ, 3) «гипертония белого халата» (изолированная клиническая АГ, офисная АГ), 4) скрытая АГ (изолированная амбулаторная АГ, «маскированная» АГ) [4].

«Гипертония белого халата» (ГБХ) – вариант АГ, при которой повышение АД ($\geq 140/90$ мм рт. ст.) отмечается только на приеме у врача, а при измерении АД методом СКАД и/или СМАД показатели АД остаются в пределах нормальных значений. Распространенность «гипертонии белого халата» при диагностике ГБ колеблется в диапазоне от 9 до 12%. В то же время ситуация с диагностической трактовкой ГБХ неоднозначна. Во-первых, такая диагностическая оценка возможна при выявлении на приеме у врача повышенного АД у впервые обратившихся пациентов! В этом случае, согласно Методическим рекомендациям для врачей амбулаторной практики, требуется проведение дополнительных методов исследования АД (СКАД и СМАД). Наблюдается повышение клинического АД при повторных измерениях (как минимум трижды), тогда как показатели СКАД (среднее значение АД за 7 дней измерения) и СМАД находятся в пределах нормы. Диагностика ГБХ, по данным СКАД и СМАД, может не совпадать, причем особенно часто это наблюдается у работающих пациентов. В этих случаях необходимо ориентироваться на данные СМАД. Установление данного диагноза требует проведения исследования для уточнения наличия факторов риска и поражения органов-мишеней.

Кроме рассмотренного варианта может наблюдаться тревожная эмоционально-вегетативная реакция на измерение АД в кабинете врача у больных с уже поставленным диагнозом АГ и проводимой антигипертензивной терапией. При сохраняющемся повышенном уровне клинического АД наблюдается нормальное амбулаторное СМАД. В этом случае некоторые исследователи говорят о «гипертонии белого халата» и оценивают данное клиническое состояние как скрытую неэффективность терапии или псевдорезистентность (white coat hypertension in medicated patients, false non-responder hypertension) [5]. Распространенность скрытой неэффективности лечения АГ достаточно велика – в среднем составляет 10–30%, но может достигать и более 40% [6].

С точки зрения ранней диагностики АГ и проведения профилактических мероприятий для предупреждения развития прогрессирования ГБ большой интерес представляет первая группа пациентов с ГБХ с ранним выявлением амбулаторной гипертензии. Она в основном представлена больными до 40–45 лет. Чем пациент моложе, тем чаще дифференциальный диагноз смещается в сторону СВД, но в старшем возрасте ГБХ со временем трансформируется в обычную АГ. Поражение органов-мишеней при ГБХ встречается значительно реже, чем при стойкой гипертонии, также это верно и для сердечно-сосудистых осложнений. Однако у этой категории больных по сравнению с нормотониками чаще наблюдаются гипертрофия левого желудочка, другие органные и метаболические изменения. Поэтому кроме СКАД и/или СМАД им целесообразно проведение исследований для выявления факторов риска и поражения органов-мишеней. Кроме того, важно учитывать общий сердечно-сосудистый риск, включающий не только возраст и пол (у мужчин риск выше, чем у женщин), но и курение, дислипидемию, гипергликемию и нарушение толерантности к глюкозе, ожирение (особенно абдоминаль-

ное), семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), наличие сахарного диабета и других заболеваний (ИБС, инсульта, хронической сердечной и почечной недостаточности) [7].

В последних исследованиях по АГ у молодых пациентов показано, что повышенная личностная тревожность на фоне хронического длительного стресса сопровождается изменением реактивности эндотелия сосудистой стенки, развитием и формированием эндотелиальной дисфункции по типу ареактивности сосудистой стенки. Вероятно, это может приводить к формированию ранней ригидности сосудистой стенки и повышенной лабильности симпатического звена вегетативной иннервации, провоцирующего начало и усугубляющего течение ССЗ [8].

Поскольку эмоциональные нарушения у пациентов с СВД имеют скрытое течение и маскированы большим количеством соматических жалоб, в диагностике важно обращать внимание на соматические проявления тревоги и депрессии путем проведения тестирования психоэмоционального состояния больного, что позволяет найти актуальные для каждого пациента подходы к лечению. С другой стороны, СВД может быть ранним (преморбидным) проявлением какого-либо соматического заболевания, например, АГ. Поэтому вопросы о том, можно ли считать ГБХ истинной нормотонией у эмоционально лабильных личностей в период стрессовых нагрузок или перестроек организма и какова вероятность трансформации так называемой стрессовой гипертензии в истинную АГ у этих людей, остаются открытыми.

По Рекомендациям Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов у пациентов с ГБХ после оценки суммарного сердечно-сосудистого риска определяется индивидуальная тактика ведения пациента. Важнейшим ее аспектом является решение о целесообразности назначения антигипертензивной терапии. Показания к антигипертензивной терапии определяются на основании величины сердечно-сосудистого риска: лицам с высоким нормальным уровнем АД при отсутствии данных об АГ по результатам СМАД и/или СКАД назначение антигипертензивной терапии не показано, такой категории лиц необходимо рекомендовать немедикаментозные мероприятия по профилактике и коррекции факторов риска.

Однако у пациентов с ГБХ часто имеются метаболические нарушения и бессимптомное поражение органов-мишеней, что приводит к увеличению риска развития сердечно-сосудистых нарушений. В этом случае больному ГБХ может быть рекомендовано медикаментозное лечение в дополнение к изменению (оздоровлению) образа жизни. При отсутствии дополнительных факторов риска лечение этой категории пациентов может быть ограничено коррекцией образа жизни и динамическим наблюдением.

К рекомендованным изменениям образа жизни с доказанным снижающим АД действием относятся: отказ от курения, нормализация массы тела, снижение потребления алкогольных напитков, увеличение физической нагрузки, регулярные аэробные (динамические) физические нагрузки, снижение потребления поваренной соли, изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе количества продуктов, содержащих калий, кальций (овощи, фрукты, зерновые) и магний (молочные продукты), а также уменьшением потребления животных жиров.

С учетом того факта, что в основе возникновения ГБХ лежат связанные со стрессом психовегетативные нарушения, совершенно очевидно, что терапия, направленная на их коррекцию, может привести к снижению сосудистой реакции, отсрочить и смягчить начальные проявления АГ, а также помочь профилактике истинной АГ. В связи с вышеизложенным представляется важным поиск средств и методов для профилактики и лечения АГ у лиц молодого возраста, имеющих транзиторное повышение АД и стрессовый характер этих изменений [9–11].

На базе Новосибирского городского неврологического центра «Сибнейромед» проведено открытое сравнительное рандомизированное клиническое исследование, целью которого была оценка эффективности и безопасности препарата Тенотен в терапии пациентов молодого возраста с АГ, обусловленной вегетативной дисфункцией.

Материал и методы

В исследование были включены пациенты в возрасте от 21 до 40 лет, соответствующие критериям диагноза ГБХ, с признаками вегетативных нарушений (по шкалам оценки вегетативных изменений пациентом и врачом, индексу Кердо) и повышенными значениями тревоги и депрессии (по тесту тревоги и депрессии Гамильтона, тесту тревоги Спилбергера) [12].

В исследование не включались пациенты с органической патологией головного мозга (наличие МРТ и/или КТ головного мозга); тяжелой соматической патологией; пациенты, принимающие другие противотревожные, анксиолитические, ноотропные, сосудистые препараты; пациенты, постоянно принимающие гипотензивные препараты для лечения АГ.

В исследовании приняли участие 76 пациентов с диагнозом ГБХ. Диагноз был поставлен в связи с выявлением повышенного АД в кабинете врача (САД – до 140–150 мм рт. ст., ДАД – до 90–95 мм рт. ст.). При обращении к врачу практически все больные жаловались на утомляемость, снижение работоспособности, метеочувствительность, повышенную потливость, периодические головные боли, нарушения сна и сонливость в дневное время. На врачебном осмотре у пациентов наблюдались повышенная нервозность, раздражительность, снижение настроения, признаки вегетативных нарушений: склонность к тахикардии и дыхательной аритмии, повышенная потливость и покраснение или, наоборот, побледнение кожи лица, невыраженный тремор пальцев. Данные симптомы были нестойкими, усиливались при волнении в процессе беседы и осмотра и заметно уменьшались к концу приема и при установлении нормального эмоционального контакта с врачом. Совокупность данных жалоб и симптомов была основанием предполагать наличие у больных СВД и ГБХ. С целью подтверждения диагноза больные в течение 1 нед. осуществляли самостоятельный контроль в домашней обстановке АД (СКАД), у всех больных оно не превышало средних допустимых значений. Дополнительные инструментальные исследования (ЭКГ и МРТ головного мозга) не выявили значимых изменений.

После постановки диагноза пациенты были рандомизированы в 2 группы. В основную группу были включены 39 человек (19 мужчин и 20 женщин), среди них в возрасте от 21 до 30 лет – 18 человек (46,2%), от 31 до 40 лет – 21 человек (53,8%). В контрольную группу включили 37 человек (17 мужчин и 20 женщин), из них в возрасте 21–30 лет –

16 человек (43,2%), 31–40 лет – 21 человек (56,8%). Группы были сопоставимы по длительности заболевания и выраженности клинических проявлений: уровню тревоги и депрессии, вегетативных нарушений, по показателям АД и ЧСС. Пациентам были даны рекомендации по изменению режима дня и физической активности. Кроме того, пациенты основной группы получали препарат Тенотен по схеме: 2 таблетки 3 р./сут в течение 3 мес. Необходимая сопутствующая терапия по поводу острых или хронических заболеваний применялась во время исследования в соответствии с показаниями. Не допускался прием других противотревожных, анксиолитических, вегетотропных, ноотропных препаратов.

На первом визите (визит 1) всем пациентам проводились измерение АД на обеих руках, сидя и стоя, ЭКГ, а также психологическое (тест тревоги и депрессии Гамильтона, тест тревоги Спилбергера, шкала Цунга) и вегетативное (оценка вегетативных изменений по шкале пациента и шкале врача, индекс Кердо) тестирование. Всем пациентам было рекомендовано вести дневник АД и ЧСС с измерением АД утром и вечером на протяжении первой и последней недели периода наблюдения. Через 2 мес. от включения в исследование каждого пациента опрашивали по телефону относительно общего самочувствия и переносимости лечения. Через 3 мес. лечения и наблюдения пациенты обеих групп были приглашены на визит 2, во время которого оценивались психоэмоциональные, вегетативные показатели и общее клиническое впечатление врача по шкале CGI. По шкале CGI, при отсутствии побочных эффектов, используется следующая система оценки: 1.00 – отсутствие изменений или ухудшение; 2.00 – минимальный эффект, небольшое изменение; 3.00 – умеренный эффект, явное улучшение; частичная ремиссия симптомов; 4.00 – выраженный эффект, значительное улучшение; полная/почти полная ремиссия всех симптомов.

Статистический анализ выполнен с помощью программного пакета медицинской статистики. Проверка достоверности изменения относительно исходного уровня выполнялась для количественных переменных с использо-

ванием парного критерия Стьюдента либо непарного критерия Вилкоксона – Манна – Уитни. За исходный уровень принималось значение переменной на скрининговом визите, за конечный результат – последнее доступное значение. Статистический анализ выполнялся с помощью программного пакета Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение

В таблице 1 представлены динамика показателей тревоги и депрессии и показателей вегетативных функций в основной и контрольной группах в процессе наблюдения за пациентами, а также оценка клинических впечатлений (CGI).

Таким образом, за время проведения исследования по всем клиническим психологическим шкалам в группе больных, находившихся на лечении препаратом Тенотен, симптомы депрессии и тревоги уменьшились достоверно значимо в сравнении с группой контроля (НАМ-D и НАМ-A – $p < 0,0001$; шкала Цунга – $p < 0,001$). При оценке динамики вегетативных изменений по опросникам для пациента и врача ($p < 0,0001$), а также по индексу Кердо ($p < 0,001$) выявилось достоверное ее различие в основной и контрольной группах. Напомним, что положительные значения индекса Кердо свидетельствуют о преобладании симпатического влияния ВНС, отрицательные – парасимпатического. Чем ближе значения индекса Кердо к нулю, тем более уверенно можно говорить о функциональном равновесии ВНС.

Значительное уменьшение тревожной и депрессивной симптоматики, а также нормализация вегетативных изменений оказали положительное влияние на показатели АД и ЧСС у пациентов с ГБХ основной группы: цифры среднего значения САД и ДАД пришли к показателям нормы (со 139,5 до 114,9 мм рт. ст. и с 91 до 75,2 мм рт. ст.). У пациентов с ГБХ контрольной группы снижение АД было практически незаметным (со 140,5 до 140,3 мм рт. ст. и с 91,1 до 90,6 мм рт. ст.). Достоверность межгруппового различия динамики АД – $p < 0,0001$. ЧСС у пациентов в основной группе также нормализовалась (табл. 2).

Таблица 1. Динамика среднего балла шкал тревоги, депрессии и показателей вегетативных функций в основной и контрольной группах

Шкала	Основная группа (n=39)		Контрольная группа (n=37)	
	Визит 1	Визит 2	Визит 1	Визит 2
НАМ-D	11,6	7,3 **	10,6	9,4
НАМ-A	23,7	11,2 **	22,7	19,1
Тест Спилбергера (ситуативная тревожность)	50,4	31,2 **	49,8	47,3
Тест Спилбергера (личностная тревожность)	44,3	35,7 *	44,1	42,9
Шкала Цунга	63,7	48,2 *	62,8	60,4
Опросник вегетативных изменений (для пациента)	65	26,2 **	66,1	54,4
Оценка вегетативных изменений (для врача)	63,2	36,9 **	63,5	63,1
Индекс Кердо	5,2	3,72 *	5,6	4,2
Шкала оценки клинических впечатлений (CGI)		3,5		1,6

Попарные межгрупповые сравнения скоростей изменения среднего балла * $p < 0,001$; ** $p < 0,0001$

Таблица 2. Динамика показателей АД (систолического и диастолического) и ЧСС у пациентов с ГБХ в основной и контрольной группах (офисное измерение)

Группа	Визит	Показатель	Среднее, мм рт. ст.	Стд. откл.	Минимальное, мм рт. ст.	Максимальное, мм рт. ст.
Основная (n=39)	1	САД	139,5	3,3	134	146
		ДАД	91	4,8	80	99
		ЧСС	107,5	4,9	99	115
	2	САД	114,9 **	4	108	120
		ДАД	75,2**	3,1	70	80
		ЧСС	87,3**	7,2	74	99
Контрольная (n=37)	1	САД	140,5	3,6	135	146
		ДАД	91,1	5	80	99
		ЧСС	107,1	4,6	99	115
	2	САД	140,3	2,9	136	146
		ДАД	90,6	4,9	80	99
		ЧСС	109,6	3,9	100	115

Попарные сравнения скоростей изменения систолического и диастолического АД и ЧСС ** $p < 0,0001$

По шкале клинического впечатления эффективности и безопасности проводимого лечения (CGI) средний балл составил 3,5 в основной группе лечения и 1,6 в группе контроля.

По данным, полученным во время завершающего визита, при приеме препарата Тенотен у пациентов основной группы нежелательных явлений не отмечалось. Переносимость и эффективность Тенотена оценены как хорошие.

Выводы:

1. Пациентам с ГБХ в связи с большей значимостью невротической составляющей и вегетативной дисфункции в провоцировании эпизодов гипертензии для снижения реагирования на стресс и нормализации показателей гемодинамики показано назначение противотревожных и вегетотропных препаратов.

2. Применение Тенотена по схеме 2 таблетки 3 р./сут в течение 12 нед. достоверно снижает показатели тревоги и депрессии у пациентов с ГБХ.

3. Курсовой прием Тенотена у пациентов с ГБХ приводит к достоверному улучшению вегетативной регуляции, что отражается на показателях субъективных (опросник вегетативных изменений Вейна) и объективных (индекс Кердо) методов исследования.

4. У пациентов с ГБХ, принимавших Тенотен на фоне улучшения эмоционального фона и вегетативной регуляции практически нормализовались показатели гемодинамики (САД и ДАД, ЧСС). У пациентов группы сравнения заметного улучшения гемодинамических показателей не произошло.

5. Во время приема Тенотена у пациентов основной группы отмечались его хорошая переносимость, высокая приверженность терапии и отсутствие нежелательных явлений.

6. Таким образом, применение препарата Тенотен с анксиолитическим и вегетотропным действием, способствует замедлению развития и смягчению начальных проявлений АГ и в целом профилактике истинной АГ.

Литература

1. Вейн А.М. Синдром вегетативной дистонии. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / под ред. Н.Н. Яхно. 4-е изд. М.: Медицина, 2007. Т. 1. С. 142–146 [Vejn A.M. Sindrom vegetativnoj distonii. Bolezni nervnoj sistemy. Rukovodstvo dlya vrachej / pod red. N.N. Yavno. 4-e ed. M.: Medicina, 2007. T. 1. S. 142–146 (in Russian)].
2. Вейн А.М. и др. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение: Руководство для врачей / под ред. В.Л. Голубева. М.: МИА, 2010. 640 с. [Vejn A.M. i dr. Vegetativnye rasstrojstva: klinika, diagnostika, lechenie. Rukovodstvo dlya vrachej / pod red. V.L. Golubeva. M.: MIA, 2010 640 p. (in Russian)].
3. Рабочая группа по лечению артериальной гипертензии Европейского общества гипертензии (European Society of Hypertension, ESH) и Европейского общества кардиологов (European Society of Cardiology, ESC). Рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии ESH и ESC (перевод Российского медицинского общества по артериальной гипертензии) // Евразийский кардиологический журнал. 2014. № 1. С. 80 [Rabochaya gruppa po lecheniyu arterial'noj gipertonii Evropejskogo Obshchestva Gipertonii (European Society of Hypertension, ESH) i Evropejskogo Obshchestva Kardiologov (European Society of Cardiology, ESC). Rekomendacii po diagnostike i lecheniyu arterial'noj gipertonii ESH i ESC (perevod Rossijskogo medicinskogo obshchestva po arterial'noj gipertonii) // Evrazijskij kardiologicheskij zhurnal. 2014. № 1. S. 80 (in Russian)].
4. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации. М., 2013. [Diagnostika i lechenie arterial'noj gipertonii. Klinicheskie rekomendacii. Ministerstvo zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii. M., 2013 (in Russian)].
5. De la Sierra A., Segura J., Banegas J.R. et al. Clinical features of 8295 patients with resistant hypertension classified on the basis of ambulatory blood pressure monitoring // Hypertension. 2011. Vol. 57(5). P. 898–902.
6. Горбунов В.М., Смирнова М.И. Современные проблемы оценки эффективности антигипертензивной терапии: скрытая неэффективность лечения и «гипертензия белого халата» // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2009. № 3. С. 76–82 [Gorbunov V.M., Smirnova M.I. Sovremennye problemy ocenki ehffektivnosti antigipertenzivnoj terapii: skrytaya neehffektivnost' lecheniya i «gipertoniya belogo halata» // Ra-

cional'naya farmakoterapiya v kardiologii. 2009. № 3. S. 76–82 (in Russian)].

7. Доронина О.Б., Цой С.В., Доронина К.С. Терапия пациентов молодого возраста с артериальной гипертензией, обусловленной вегетативной дисфункцией // Лечащий врач. 2016. № 7. С.6–11 [Doronina O.B., Tsoy S.V., Doronina K.S. Terapiya pacientov mladogo vozrasta s arterial'noj gipertenziej, обусловленной вегетативной дисфункцией // Lechashchij vrach. 2016. № 7. S.6–11 (in Russian)].

8. Булгаков М.С., Автандилова А.Г., Милованова О.А. Роль длительного стресса и функционального состояния эндотелия в развитии синдрома вегетативной дистонии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2015. № 9. С. 4–7 [Bulgakov M.S., Avtandilova A.G., Milovanova O.A. Rol' dlitel'nogo stressa i funkcionalnogo sostoyaniya ehndoteliya v razvitii sindroma vegetativnoj distonii // Zhurnal nevrologii i psihiatrii imeni S.S.Korsakova. 2015. № 9. S. 4–7 (in Russian)].

9. Доронин Б.М. Психологическая составляющая качества жизни у больных дисциркуляторной энцефалопатией 1–2 степени при лечении препаратом Тенотен // Доктор.Ру. 2008. № 4. С. 1–4 [Dorinin B.M. Psihologicheskaya sostavlyayushchaya kachestva zhizni u bol'nyh discirkulyatornoj ehncefalopatiej 1-2 stepeni pri lechenii preparatom Tenoten // Doktor.Ru. 2008. № 4. S. 1–4 (in Russian)].

10. Карпин В.В., Шувалова О.И., Бурмасова А.В. Комплексная терапия больных ранними формами артериальной гипертензии // Лечащий врач. 2012. № 2. С. 94–96 [Karpin V.V., Shuvalova O.I., Burmasova A.V. Kompleksnaya terapiya bol'nyh rannimi formami arterial'noj gipertenzii // Lechashchij vrach. 2012. № 2. S. 94–96 (in Russian)].

11. Яковлева Е.В., Хурса Р.В. Опыт применения Тенотена в коррекции вегетативных расстройств у лиц молодого возраста. // Рецепт. 2014. № 3(95). С.145–153 [Yakovleva E.V., Hursa R.V. Opyt primeneniya Tenotena v korrekcii vegetativnyh rasstrojstv u lic mladogo vozrasta. // Recept. 2014. № 3(95). S. 145–153 (in Russian)].

12. Кадыков А.С., Манвелов Л.С. Тесты и шкалы в неврологии. Руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2015. 224 с. [Kadykov A.S., Manvelov L.S. Testy i shkaly v nevrologii. Rukovodstvo dlya vrachej. M.: MEDpress-inform, 2015. 224 p. (in Russian)].

ТЕНОТЕН

СОВРЕМЕННЫЙ УСПОКАИВАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ



- *Успокаивающий эффект без сонливости и заторможенности*
- *Оказывает выраженное вегетотропное действие*
- *Не вызывает привыкания*
- *Повышает эффективность терапии соматических заболеваний*

Информация для специалистов

materia  medica

Реклама

ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг»
Тел./факс (495) 684-43-33
Россия, 127473, Москва, 3-й Самотечный пер., дом 9