



Тревога с позиции кардиолога: почему важно вовремя выявить и купировать

Рациональной коррекции психоэмоциональных нарушений у кардиологических больных было посвящено выступление Сорейи Асафовны УРАЗГИЛЬДЕЕВОЙ, д.м.н., ведущего научного сотрудника научно-клинического и образовательного центра «Кардиология» Санкт-Петербургского государственного университета.



Симптомы тревоги – одни из самых распространенных психопатологических расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). В российских национальных рекомендациях «Кардиоваскулярная профилактика» 2022 г. подчеркнута двунаправленность связи между психическими расстройствами и ССЗ. В течение первого года после установления диагноза ССЗ распространенность психических расстройств у пациентов может достигать 40%. Сочетание ССЗ и психических расстройств значительно ухудшает прогноз.

Как показало эпидемиологическое исследование ЭССЕ-РФ, 8,8% населения России страдают депрессией, 18% – тревожными расстройствами¹.

Среди обращающихся за первичной медицинской помощью около 50% больных ССЗ имеют различные аффективные расстройства².

Согласно методическим рекомендациям для терапевтов «Психоэмоциональные факторы риска в амбулаторной практике» 2022 г., тревога и депрессия являются одними из основных психоэмоциональных факторов, увеличивающих риск возникновения и развития ССЗ³. ССЗ чаще всего ассоциируются с депрессией, что нередко предопределяет развитие неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов⁴. Пациенты с сопутствующими депрессивными симптомами подвержены повышенному риску повторных сердечно-сосудистых событий и смерти. Немаловажным представляется тот факт, что депрессия часто связана с негативно влияющими на здоровье привычками (курение, снижение физической активности и др.) и характеризуется снижением приверженности лечению⁵.

Другим распространенным признаком психопатологических расстройств у больных ССЗ является симптом тревоги. Тревожные расстройства считаются независимыми факторами риска ишемической болезни сердца, кардиальных осложнений и смерти после инфаркта миокарда (ИМ)⁶. Повышенная тревожность способствует увеличе-

нию вероятности фатального ИМ в 1,9 раза, риска внезапной смерти – в 4,5 раза. Проявления тревоги у больных ССЗ могут сопровождаться развитием тахикардии, экстрасистолии, кардиалгий, гипер- и гипотензии.

С целью профилактики тревоги и депрессии пациентам следует рекомендовать коррекцию образа жизни, контролируемую физическую активность и регулярные занятия спортом, стратегии управления стрессом, техники релаксации и др.³

Для купирования тревожных расстройств у больных ССЗ кардиолог может назначить небензодиазепиновый транквилизатор фабомотизол (Афобазол), который широко применяется в общей медицинской практике. Афобазол уменьшает и устраняет чувство тревоги, раздражительность, напряженность, депрессивный фон настроения, соматические проявления тревоги, вегетативные и когнитивные расстройства. Применение препарата особенно показано лицам с преимущественно астеническими личностными чертами в виде тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости, эмоциональной лабильности, склонности к эмоционально-стрессовым реакциям. Благоприятный профиль безопасности Афобазола обусловлен особым нейрорецепторным механизмом

¹ Шальнова С.А., Евстифеева С.Е., Деев А.Д. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ). Терапевтический архив. 2014; 86 (2): 52–59.

² Погосова Н.В., Соколова О.Ю., Юферева Ю.М. и др. Психосоциальные факторы риска у пациентов с наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями – артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (по данным российского многоцентрового исследования КОМЕТА). Кардиология. 2018; 59 (8): 54–63.

³ Драпкина О.М., Шишкова В.Н., Котова М.Б. Психоэмоциональные факторы риска в амбулаторной практике. Методические рекомендации для терапевтов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022; 21 (10): 3438.

⁴ Rosengren A., Hawken S., Ounpuu S., et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004; 364 (9438): 953–962.

⁵ Rozanski A. Psychosocial risk factors and cardiovascular disease: epidemiology, screening, and treatment considerations. Cardiovasc. Innov. Applic. 2016; 1 (4): 417–431.

⁶ Погосова Н.В., Бойцов С.А., Оганов Р.Г. и др. Психосоциальные факторы риска у амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца в 30 городах России: по данным исследования КОМЕТА. Кардиология. 2018; 58 (11): 5–16.

Научно-практическая конференция «Кардионеврология-2023. Две столицы». Весенняя сессия

действия^{7,8}. Афобазол не вызывает метаболических нарушений, снижения памяти и концентрации внимания, сонливости, миорелаксации, привыкания, зависимости, синдрома отмены. Препарат имеет низкий потенциал межлекарственного взаимодействия, оптимизирует основную терапию ССЗ при сопутствующих тревожных расстройствах и отпускается без рецепта. Высокая эффективность Афобазола при тревожных расстройствах у больных ССЗ подтверждена рядом исследований и экспертизой Всемирной организации здравоохранения. В исследовании В.Э. Медведева (2013) Афобазол эффективно снижал выраженность психических и вегетативных проявлений тревоги, раздражительности и страхов, нормализовал сон, уменьшал вегетативную лабильность и конверсионные расстройства у пациентов с ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, фибрилляцией предсердий (ФП) в сочетании с соматовегетативными расстройствами⁸. Терапия Афобазолом 107 госпитализированных в стационар пациентов обоюбого пола в возрасте до 60 лет проводилась в интервале суточных доз от 30 до 60 мг. Уже на третий день терапии снижались раздражительность, выраженность страхов и тревожных опасений, направленных в будущее. На седьмой день отмечалась редукция трудностей засыпания, кошмарных сновидений и ночных пробуждений. На 14-й день нормализовались память и концентрация внимания. Максимальный терапевтический эффект достигался к 28-му дню терапии Афобазолом и сохранялся после окончания его приема в среднем одну-две недели. Клиническую эффективность Афобазола оценивали у 65 больных в возрасте 19–60 лет с повышенным уровнем

тревоги и пароксизмальной формой ФП⁹. Средний период наблюдения составил 17 ± 4 недели. Полученные результаты показали, что курсовой прием Афобазола в дополнение к кардиотропной терапии достоверно снижает частоту пароксизмов ФП за счет нивелирования нозогенных психических реакций (тревоги).

Эффективность Афобазола 30 мг/сут в комплексном лечении оценивали у 300 пациентов с артериальной гипертензией в возрасте 35–80 лет¹⁰. Согласно полученным результатам, длительная комплексная антигипертензивная терапия в сочетании с препаратом Афобазол 30 мг/сут в течение четырех недель на 66% сокращала повторные обращения за стационарной помощью в течение полутора лет после лечения. С 2021 г. в арсенале врачей появился Афобазол ретард в форме таблеток с пролонгированным высвобождением 30 мг № 20. Афобазол ретард назначают при тревоге и стрессе по одной таблетке один раз в сутки в течение 2–4 недель. При выраженных симптомах тревоги и в ситуации длительного воздействия стресса возможен трехмесячный курс. Возможность приема препарата Афобазол ретард один раз в сутки повышает приверженность лечению.

Противотревожная терапия наряду с гипотензивной, гиполипидемической, антиагрегантной, нейропротективной терапией входит в алгоритм лечения кардиологических пациентов с тревожно-когнитивным синдромом. С целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых событий наиболее широко применяются препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК). По оценкам большинства исследователей, использование АСК для вторичной профилактики снижает вероятность развития сердечно-сосудистых

катастроф (ИМ, инсульт, сосудистая смертность). Необходимо отметить, что резко прекращать прием «сердечной» АСК нельзя. Показано, что на 14-й день отмены АСК вероятность развития сердечно-сосудистых катастроф увеличивается в четыре раза¹¹.

Неблагоприятное воздействие на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) является наиболее частым побочным эффектом АСК. Для повышения безопасности длительного лечения АСК можно использовать кишечнорастворимые формы АСК или комбинацию АСК с магнезия гидроксидом (Тромбитал). Входящий в состав препарата Тромбитал магнезия гидроксид защищает слизистую оболочку ЖКТ от воздействия АСК.

В ряде исследований продемонстрировано преимущество желудочно-растворимой формы АСК + Mg (Тромбитал) перед «обычными» и кишечнорастворимыми формами АСК^{12, 13}. Комбинация «АСК + Mg» в девять раз снижает риск побочных эффектов по сравнению с обычной формой АСК и в 2,6 раза – по сравнению с кишечнорастворимой. Препарат имеет две формы выпуска: Тромбитал с комбинацией «АСК 75 мг + магнезия гидроксид 15,2 мг» и Тромбитал форте с комбинацией «АСК 150 мг + магнезия гидроксид 30,39 мг». Важно, что биоэквивалентность Тромбитала/Тромбитала форте и оригинального препарата подтверждена в сравнительных клинических исследованиях.

Продуманный состав активных компонентов и ценовая доступность позволяют рекомендовать препарат Тромбитал для вторичной профилактики сердечно-сосудистых событий, в том числе для предупреждения тромбоза – главной причины сердечно-сосудистой смерти. ☺

⁷ Андрищенко А.В., Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. и др. Психические расстройства в общей медицине. Concilium Medicum. 2005; 1: 1.

⁸ Медведев В.Э. Терапия тревожных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (опыт применения Афобазола). Архив внутренней медицины. 2013; 3 (11).

⁹ Татарский Б.А., Бисерова И.Н. Использование Афобазола при лечении пароксизмальной формы фибрилляции предсердий. РМЖ. 2007; 15 (9): 760–766.

¹⁰ Чумакова Е.А., Гапонова Н.И., Березина Т.Н. Оценка эффективности применения терапии Афобазолом в комплексном лечении больных артериальной гипертензией. Российский кардиологический журнал. 2014; 2 (106): 89–95.

¹¹ Sundström J, Hedberg J, Thuresson M, et al. Low-dose aspirin discontinuation and risk of cardiovascular events: a Swedish nationwide, population-based cohort study. Circulation. 2017; 136 (13): 1183–1192.

¹² Воробьева Н.М. Влияние лекарственной формы ацетилсалициловой кислоты на безопасность длительного лечения. Concilium Medicum. 2014; 16 (10): 103–108.

¹³ Баркаган З.С., Котовщикова Е.Ф. Сравнительный анализ основных и побочных эффектов различных форм ацетилсалициловой кислоты. Клиническая фармакология и терапия. 2004; 13 (3): 1–4.