



Тревога и сердечно-сосудистые заболевания

В общемедицинской практике частой причиной обращения пациентов к специалисту являются нарушения вегетативного статуса, сопровождающиеся соматическими симптомами и патологической тревогой. На современном этапе тревожные расстройства рассматриваются как самостоятельный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, таких как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, аритмия. О тактике ведения пациентов с тревожными расстройствами и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями рассказала доцент кафедры терапии и полиморбидной патологии им. академика М.С. Вовси Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, к.м.н. Елизавета Юрьевна ЭБЗЕЕВА.



В патогенезе соматических заболеваний ведущую роль играют психологические факторы. Среди психологических факторов риска развития многих заболеваний наряду со стрессом наиболее значимыми и распространенными считаются тревожные расстройства.

Тревога – неприятное по окраске эмоциональное состояние, характеризующееся ощущениями напряжения, беспокойства, мрачных предчувствий. Тревога может быть ситуационной, нормальной реакцией на реальную причину, но иногда носит патологический характер и возникает без объективных причин. Это состояние сопровождается активацией вегетативной нервной системы. Иными словами, выделяют два вида тревоги. При адаптивной форме тревоги тревожное напряжение формируется в ходе эволюции адаптивным механизмом и позволяет человеку мобилизоваться, подготовиться к будущим потенциально опасным ситуациям. Деадаптивная форма

возникает в отсутствие реальной угрозы, имеет иррациональный характер, в основном обусловлена внутренними причинами. Деадаптивная тревога доминирует в сознании человека, влияет на состояние всего организма, вызывает дисфункцию и чрезмерный стресс. Недавние эпидемиологические исследования показали высокую (до 76%) распространенность в популяции пациентов субклинических тревожных расстройств. Под субклинической тревогой подразумевают два и более тревожных симптома, присутствующих одновременно в течение как минимум двух недель и приводящих к социальной дезадаптации. Важно, что игнорирование симптомов субклинической тревоги приводит к формированию тревожного расстройства и усугубляет фоновое соматическое заболевание¹.

Установлено, что тревога не только сопровождается соматическими симптомами, но и может быть независимым триггером соматического заболевания. Как извест-

но, хроническая тревога, присутствующая в течение восьми лет, становится самостоятельной причиной развития стойкой артериальной гипертензии. Наличие тревоги усложняет клиническую картину соматических заболеваний и затрудняет их диагностику. Тревожное состояние ухудшает качество жизни и адаптационные возможности пациентов. Кроме того, на фоне тревожности повышается вероятность внезапной смерти в 4,5 раза, инфаркта миокарда – в 1,9 раза, частота госпитализаций – в три раза².

Тревога увеличивает риск развития артериальной гипертензии в 3,6–6,8 раза, снижает эффективность гипотензивной терапии, а также повышает риск развития ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий, инфаркта миокарда, инсультов.

В современном мире человек подвергается постоянному стрессу. На определенной стадии стресса истощаются компенсаторные возможности организма, и на орган-

¹ Дзяк Л.А., Пуракаленко Е.С. Тревожные расстройства в общей медицинской практике. Семейная медицина. 2016; 5 (67): 55–59.

² Гуров В.А., Медведев В.Э. Тревожные расстройства в общей врачебной практике: аспекты клиники и терапии. Архив внутренней медицины. 2011; 2: 15–19.

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

ном уровне развивается дисфункция со стороны различных органов и систем, формируется стойкое тревожное расстройство. При этом происходит активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с выбросом на каждом уровне соответствующих гормонов. Меняются гормональный фон, функциональное состояние органов-мишеней. Активация симпатической нервной системы на фоне тревоги сопровождается выбросом катехоламина, провоспалительных цитокинов, что приводит к разнообразным эффектам, таким как развитие воспалительного системного процесса и резистентность к инсулину. Клиническими последствиями процессов, вызванных повышением тревожности, являются артериальная гипертензия, сахарный диабет, воспалительные заболевания.

Для выявления признаков тревожных расстройств практикующему врачу прежде всего необходимо обращать внимание на внешний вид и поведение пациента. Как правило, у тревожных пациентов отмечаются бледный цвет кожи, напряженное выражение лица, тремор конечностей, повышенная потливость, частые глотательные движения. На приеме пациенты отличаются беспокойством, многословием, раздражительностью, предъявляют много жалоб на состояние здоровья.

К общим признакам психосоматических расстройств относятся:

- преморбидные особенности личности (тревожный характер);
- значительная роль психической травмы в появлении, развитии и динамике заболевания;
- хроническое течение;
- низкая эффективность обычных методов лечения;
- положительный эффект психофармакотерапии и психотерапии.

В реальной клинической практике пациенты обычно обращаются за медицинской помощью по поводу соматических симптомов – нару-

шения ритма сердца, одышки, головокружения, боли в животе и др. Проблема ведения пациентов с тревожными расстройствами состоит в том, что терапия выявленных соматических заболеваний часто не дает должного эффекта. При этом сами пациенты не осознают патологический характер тревоги, считая ее нормальной реакцией на соматические симптомы. Формируется замкнутый круг: тревожное расстройство способствует ухудшению основного соматического заболевания, симптомы которого в свою очередь усиливают проявления тревожности.

В основе патогенеза тревоги лежит психовегетативный синдром – полисистемные вегетативные расстройства, возникшие в результате нарушения деятельности структур центральной нервной системы под воздействием стрессорных факторов. Вегетативные симптомы могут быть сопряжены с нарушением сна, тревогой, депрессией³.

В настоящее время различают психические и соматические симптомы тревоги. К психическим относят напряженность, невозможность расслабиться, беспокойные мысли, плохие предчувствия и опасения, раздражительность, нетерпеливость, трудности концентрации внимания, нарушения сна. Соматические симптомы – приливы жара или холода, потливость, приступы сердцебиения, одышка, ощущения кома в горле, головокружение, головная боль, дрожь в теле, нарушение мочеиспускания, сбои в работе желудочно-кишечного тракта.

Необходимо учитывать, что пациенты с тревожными расстройствами имеют коморбидные заболевания. При повышенной тревожности гиперактивация симпатической системы может увеличить риск неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов. Дисфункция вегетативной нервной системы, характеризующаяся снижением вариабельности сердечного ритма, – самостоятельный

предиктор неблагоприятных исходов сердечно-сосудистых осложнений. В реальной клинической практике в большинстве случаев тревожные расстройства упускаются из виду, а пациенты не получают должного лечения. Для эффективной диагностики тревожных расстройств следует применять современные опросники и шкалы, специально разработанные для клинической практики.

Сегодня для диагностики тревоги используют Опросник здоровья пациента PHQ-2 (Patient Health Questionnaire), который состоит всего из двух пунктов: «Чувствуете ли вы большую часть времени за последние четыре недели беспокойство, напряжение или тревогу?» и «Часто ли у вас бывает ощущение напряженности, раздраженности и нарушение сна?» Утвердительный ответ хотя бы на один вопрос с высокой степенью вероятности свидетельствует о наличии у пациента тревожного расстройства и требует углубленного исследования¹.

Наиболее удобны для использования в практике госпитальной шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала оценки уровня реактивной и личностной тревожности Спилберга – Ханина, опросник генерализованного тревожного расстройства (General Anxiety Disorder-7, GAD-7).

Таким образом, лечение тревожных расстройств должно быть комплексным и включать лекарственную терапию основного соматического заболевания и психотерапию. У пациентов с тревожными расстройствами применяют психотерапевтические методики, такие как когнитивно-поведенческая, телесно-ориентированная, образно-чувственная терапия, гештальт-терапия. Медикаментозная коррекция тревоги подразумевает использование противотревожных препаратов с доказанной высокой эффективностью, безопасностью и мульти-

³ Воробьева О.В. Вегетативная дистония – что скрывается за диагнозом? Трудный пациент. 2011; 10 (9): 16–21.



модальным механизмом действия. Кроме того, желательны, чтобы препарат для снижения тревожности оказывал протективное действие на сопутствующие соматические заболевания.

Коморбидным пациентам с тревожными расстройствами не рекомендуется назначать бензодиазепиновые транквилизаторы, учитывая их побочные эффекты, особенно со стороны сердечно-сосудистой системы. В схему комплексного лечения у таких пациентов целесообразно включать небензодиазепиновые анксиолитики с вегетотропным эффектом, в частности Адаптол® (тетраметилтетраазабициклооктандион).

Адаптол® воздействует на все ключевые нейромедиаторные системы (гамма-аминомасляная кислота (ГАМК)-, холин-, серотонин- и адренергическая), нормализует баланс адренергической системы, поддерживает баланс дофамина, усиливает функционирование серотонин- и ГАМКергических тормозных механизмов мозга. Согласно данным многочисленных исследований, Адаптол® оказывает выраженный противотревожный эффект. Важным свойством Адаптола является отсутствие влияния на снижение умственной и двигательной повседневной активности. Показано, что на фоне приема препарата у 75% пациентов снижаются раздражительность, утомляемость, повышается концентрация внимания, улучшается память. На фоне применения Адаптола выраженное снижение уровня тревожности и эмоциональной лабильности зафиксировано у 80 и 72% пациентов соответственно. После лечения препаратом Адаптол® у пациентов

достоверно снижается уровень ситуационной и личностной тревожности, улучшается качество жизни⁴.

Кроме того, результаты исследования подтверждают вегетостабилизирующий эффект Адаптола, в том числе у пациентов с тревогой, сопряженной с изменением физиологических показателей функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Так, в исследовании с участием пациентов с нейроциркуляторной астенией и артериальной гипертензией на фоне лечения Адаптолом отмечались снижение уровня тревоги и нормализация вегетативного баланса в сердечно-сосудистой системе. Противотревожная терапия у 74% пациентов ассоциировалась с улучшением состояния в отношении снижения выраженности сердечной боли, уровня артериального давления⁵. Безусловно, в комплексной терапии пациентов с вегетативными нарушениями и сердечно-сосудистыми заболеваниями необходимо использовать противотревожные препараты, способствующие восстановлению вегетативной нервной системы. В исследовании изучали влияние Адаптола на вариабельность ритма сердца и аритмогенную готовность миокарда у больных с синдромом и феноменом предвозбуждения желудочков. Результаты исследования продемонстрировали, что у пациентов, принимающих Адаптол®, увеличивается продолжительность интервала RR, снижается аритмогенная активность сердца, а также количество желудочковых экстрасистол на 65%. Адаптол® в составе комплексной антиаритмической терапии снижает негативное влияние амиодарона на синусовый узел⁶.

В другом исследовании оценивали клиническую эффективность Адаптола у больных, перенесших острый инфаркт миокарда. Установлено, что Адаптол® у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом способствует улучшению психосоматического статуса, уменьшению частоты приступов стенокардии, повышению выносливости, толерантности к физической нагрузке⁷.

Адаптол® следует принимать внутрь независимо от приема пищи по 500 мг три раза в сутки. Максимальная разовая доза – 3 г, суточная – 10 г. Поскольку Адаптол® не вызывает привыкания и синдрома отмены, обладает оптимальным профилем безопасности, его можно назначать на длительный срок. Длительность курса лечения – до трех месяцев. В течение первого месяца терапии Адаптолом восстанавливается баланс нервной системы, в течение второго месяца – эффект закрепляется, далее усиливаются психотропные и соматотропные эффекты лечения.

Адаптол® является препаратом выбора для коррекции психовегетативного синдрома, ассоциируемого с тревогой. Препарат можно назначать в качестве эффективного и безопасного противотревожного средства как коморбидным пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, так и пациентам пожилого возраста с тревожными расстройствами.

Полученные в ходе многочисленных исследований данные о хорошей переносимости и клинических эффектах Адаптола позволяют рекомендовать его для использования в широкой клинической практике. ☺

⁴ Баранцевич Е.Р., Посохина О.В. Клинико-нейрофизиологическое исследование эффективности Адаптола при дисциркуляторной энцефалопатии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011; 9 (2): 68–72.

⁵ Фролова Н.А., Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю. Психовегетативные особенности и возможности терапии больных нейроциркуляторной астенией. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012; 12: 51–54.

⁶ Василец Л.М., Туев А.В., Вышенская А.Ю. и др. Синдром и феномен преждевременного возбуждения желудочков: влияние Адаптола на вариабельность ритма сердца и аритмогенную готовность. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2011; 4 (3): 68–72.

⁷ Лапшина Л.А., Кравчун П.Г., Шевченко О.С. Коррекция Адаптолом психопатологических проявлений и оксидативного стресса у больных, перенесших инфаркт миокарда. Врачебная практика. 2008; 1: 23–29.