



Контроль психосоматических факторов риска у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Программа весенней сессии научно-практической конференции «Кардионеврология-2023. Две столицы», которая традиционно состоялась 1 и 4 марта 2023 г. в Москве и Санкт-Петербурге, включала доклады ведущих экспертов в области кардиологии и неврологии по актуальным вопросам диагностики и лечения различных форм сосудистых патологий. О контроле психосоматических факторов риска у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями рассказала руководитель лаборатории кардиовизуализации, вегетативной регуляции и сомнологии, ведущий научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины, профессор кафедры терапии и профилактической медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, вице-президент Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, д.м.н. Ольга Николаевна ДЖИОЕВА.



В середине XX в. стартовало Фрамингемское исследование сердца – самое продолжительное исследование сердечно-сосудистых заболеваний. Его начало ознаменовало рождение эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) как самостоятельной науки. Именно в процессе Фрамингемского исследования был предложен и внедрен термин «фактор риска». Во Фрамингемском исследовании впервые была показана связь артериального давления и высокого уровня холестерина с ишемической болезнью сердца (ИБС) и смертностью от нее. Кроме того, было установлено, что к первичным факторам риска ССЗ относятся возраст, высокий индекс массы тела, низкий уровень физической активности, курение. Сегодня известно о существенном влиянии психоэмоциональных факторов на развитие сер-

дечно-сосудистых заболеваний. По данным исследований, число тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями колеблется в диапазоне 20–70%. Депрессивная симптоматика является независимым фактором риска развития артериальной гипертензии, а также независимым предиктором сердечно-сосудистой смерти. Депрессия и стресс в 2,67 раза повышают вероятность развития инфаркта миокарда. Более того, установлен дозозависимый эффект депрессии: чем более выражена депрессивная симптоматика, тем хуже протекает период восстановления после инфаркта миокарда. У пациентов старшей возрастной группы на фоне коморбидной патологии увеличивается риск развития психоэмоциональных нарушений. Однако психоэмоциональные факторы риска

широко распространены и среди людей трудоспособного возраста. Как известно, жизненное истощение – важный и независимый фактор развития и прогрессирования ССЗ. В исследованиях показано, что состояние жизненного истощения распространено среди мужчин в возрасте 25–64 лет. При этом прослеживается связь жизненного истощения как одного из ведущих психосоциальных факторов с ИБС и другими психосоциальными факторами¹. Важно, что трудоспособные люди, обычно мужчины, страдающие психоэмоциональными расстройствами, снижением качества жизни вследствие жизненного истощения, не считают себя больными и редко обращаются за медицинской помощью. Это приводит к накоплению факторов сердечно-сосудистого риска, поздней диагностике и развитию сердечно-сосудистых осложнений.

¹ Гагулин И.В., Гафарова А.В., Гафаров В.В., Пак В.А. Жизненное истощение и его связь с другими психосоциальными факторами и ишемической болезнью сердца. Мир науки, культуры, образования. 2010; 3 (22): 177–180.

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

Депрессия и личностная тревожность являются ведущими эмоциональными факторами риска ССЗ, увеличивая вероятность развития инфаркта миокарда, инсульта. Кроме того, наличие депрессии и повышенной тревожности у пациента увеличивает риск послеоперационных осложнений, продолжительность госпитализации и риск смерти от всех причин. Тревожность в 1,9 раза повышает вероятность фатального инфаркта миокарда и в 4,5 раза – риск внезапной смерти.

На основании современных клинических и экспериментальных данных исследователи пришли к выводу, что за управление страхом и тревожностью отвечает часть головного мозга – мозжечковая миндалина. В ней вырабатываются основные нейромедиаторы, в первую очередь гамма-аминомасляная кислота (ГАМК). Гипоксия при хронических соматических заболеваниях и нарушениях обмена веществ (артериальная гипертензия, ожирение, сахарный диабет, ИБС) приводит к конформационным изменениям белков мембран, нарушению чувствительности ГАМК_A-рецепторов к эндогенной ГАМК и соответственно гипервозбудимости нейронов и психической и вегетативной активации. С возрастом за счет гипоксии независимо от личностных психоэмоциональных факторов прогрессирует нарушение чувствительности ГАМК-рецепторов, изменяются вегетативный статус и психическая активность. Поэтому у пожилых пациентов с коморбидной патологией в большинстве случаев наблюдается повышенная тревожность².

С одной стороны, повышенная тревожность, депрессивные расстройства повышают риск развития сердечно-сосудистых осложнений, с другой – тканевая гипоксия и нарушения



чувствительности ГАМК-рецепторов провоцируют развитие и прогрессирование психоэмоциональных расстройств. В связи с этим лечение тревожных состояний на фоне ССЗ требует комплексного подхода, включающего патогенетическую и симптоматическую терапию соматической патологии, коррекцию психоэмоционального статуса и обучение пациента правильному образу жизни. В свою очередь для коррекции психоэмоционального статуса используют методы психотерапии, фармакотерапии, методики по снижению избыточной массы тела, увеличению физической активности.

Среди методов фармакотерапии у пожилых пациентов с коморбидной патологией и нарушениями психоэмоционального статуса применяют лекарственные средства, воздействующие на ГАМК-рецепторы. Оригинальный селективный анксиолитик фабомотизол (в России доступен под торговым наименованием Афобазол) восстанавливает чувствительность бензодиазепинового участка ГАМК_A-рецепторов за счет дей-

ствия на сигма-1-рецепторы². Препарат не вызывает побочных эффектов и не имеет ограничений в применении, как другие препараты. В частности, фабомотизол не вызывает слабости и сонливости, не обладает негативным влиянием на концентрацию внимания и память, не формирует привыкания, лекарственной зависимости и синдрома отмены. Особый нейрорецепторный механизм действия фабомотизола обеспечивает эффекты препарата. В составе комплексной терапии у пациентов с ССЗ фабомотизол уменьшает или устраняет чувство тревоги, раздражительность, напряженность, депрессивное настроение. Кроме того, курс терапии препаратом фабомотизола способствует снижению выраженности соматических проявлений тревоги, вегетативных нарушений и когнитивных расстройств. Эффективность и безопасность назначения фабомотизола при тревожных расстройствах больных ССЗ доказаны в серии клинических исследований.

Показано, что применение препарата фабомотизола в схеме длительной комплексной терапии

² Середенин С.Б., Воронин М.В. Нейрорецепторные механизмы действия афобазола. Экспериментальная и клиническая фармакология. 2009; 1 (72): 3–11.



Фабомотизол снижает выраженность психических и вегетативных проявлений тревоги у пациентов с аритмией, артериальной гипертензией, ИБС, улучшает качество жизни и позволяет достигать целевых значений артериального давления и сердечного ритма. Эффект фабомотизола, особенно у пациентов старшей возрастной группы, наблюдается уже в первый месяц применения. Преимуществами препарата являются хорошая переносимость и отсутствие неблагоприятного взаимодействия с другими препаратами

у пациентов с гипертонической болезнью снижает частоту госпитализаций. Добавление курса терапии фабомотизолом к антигипертензивной терапии у пациентов с гипертонической болезнью позволяет нормализовать уровень артериального давления, снизить уровень ситуативной и личностной тревожности, улучшает психологические характеристики пациентов. В исследованиях продемонстрировано, что курс терапии фабомотизолом на 66% сокращает повторные обращения за стационарной помощью в течение полугода лет после проведенного лечения³.

Фибрилляция предсердий – наиболее распространенная в клинической практике аритмия. В исследовании с участием пациентов с выраженными психоэмоциональными расстройствами и эпизодами фибрилляции предсердий продолжительностью не менее 48 часов курс лечения фабомотизолом способствовал достоверному снижению частоты пароксизмов фибрилляции предсердий за счет нивелирования нозогенных психических реакций, таких как тревога⁴.

Таким образом, в клинических исследованиях и реальной практике продемонстрирована эффективность оригинального препарата фабомотизола в комбинации с основной патогенетической терапией в купировании психических и соматических проявлений тревоги у пациентов с различными ССЗ.

Фабомотизол эффективно снижает выраженность психических и вегетативных проявлений тревоги у пациентов с аритмиями, артериальной гипертензией, ИБС, улучшает качество жизни и позволяет достигать целевых значений артериального давления и сердечного ритма. При этом эффект фабомотизола, особенно у пациентов старшей возрастной группы, наблюдается уже в первый месяц применения. Кроме того, преимуществами препарата являются хорошая переносимость и отсутствие неблагоприятного взаимодействия с другими препаратами⁵. Длительность курсового применения препарата фабомотизола составляет 2–4 недели. При необходимости по рекомендации врача длительность лечения

может быть увеличена до трех месяцев.

В 2022 г. были опубликованы новые методические рекомендации для терапевтов «Психоэмоциональные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике», подготовленные ведущими экспертами Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины. В рекомендациях фабомотизол рассматривается как одно из первоочередных средств борьбы с тревожными расстройствами⁶.

Наряду с препаратом для снижения психоэмоционального напряжения и стандартной терапией соматического заболевания для вторичной профилактики развития сердечно-сосудистых катастроф применяют препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК). По данным исследований последних лет, желудочно-растворимая форма АСК имеет более быструю абсорбцию и, как следствие, более высокую биодоступность.

В настоящее время значительная распространенность психоэмоциональных расстройств является важной терапевтической проблемой. Недостаточное внимание к ней со стороны врачей общей практики – представителей первичного звена обращения любого пациента способно усугубить клиническую симптоматику ССЗ. Своевременное выявление факторов риска у пациентов с ССЗ позволяет улучшить прогноз, нивелировать симптомы основного заболевания и модифицировать качество жизни. ☺

³ 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.

⁴ Татарский Б.А., Бисерова И.Н. Использование Афобазола при лечении пароксизмальной формы фибрилляции предсердий. РМЖ. 2007; 9: 760.

⁵ Медведев В.Э. Терапия тревожных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (опыт применения Афобазола). Архив внутренней медицины. 2013; 3 (11): 54–60.

⁶ Драпкина О.М., Шишкова В.Н., Котова М.Б. Психоэмоциональные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике. Методические рекомендации для терапевтов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022; 21 (10): 3438.

АФОБАЗОЛ® помогает устранять тревогу, ухудшающую течение и прогноз ССЗ¹



АФОБАЗОЛ® включен в Методические рекомендации!*

АФОБАЗОЛ® в комплексной терапии пациентов с ССЗ¹ и ТР²:

- ✔ Оптимизация гипотензивной терапии у пациентов с АГ³: снижение частоты гипертонических кризов/подъемов АД⁴
- ✔ Снижение частоты эпизодов фибрилляций предсердий до 33%⁵
- ✔ Снижение частоты госпитализаций пациентов с АГ по сердечно-сосудистым показаниям до 66%⁶
- ✔ Сокращение числа повторных обращений пациентов с АГ за стационарной помощью в течение 1,5 лет после проведенного лечения до 2-х раз⁶
- ✔ Сокращение длительности госпитализации до 20%⁷

¹ ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания. ² ТР – тревожные расстройства. ³ АГ – артериальная гипертензия. ⁴ По сравнению с базовой терапией. Медведев В.Э. Терапия тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2015; 01: 22-30. ⁵ По сравнению с базовой терапией. Татарский Б.А., Бисерова И.Н. «Использование Афобазола при лечении пароксизмальной формы фибрилляции предсердий». РМЖ. 2007. №15 (3), 760-6. ⁶ По сравнению с базовой терапией. Чумакова Е.А., Галюнова Е.И., Березина Т.Н. Оценка эффективности применения терапии Афобазолом в комплексном лечении больных артериальной гипертензией. РМЖ. 2014; №2 (106). ⁷ По сравнению с базовой терапией + феназепам/корвалол/валокардин. Мельник М.Г. и соавт. Оценка краткосрочных эффектов Афобазола у гериатрических больных с сочетанными психосоматическими заболеваниями. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2014; 4: 46-51.

* Методические рекомендации «Психосоциальные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике».