

Тревога у пациента кардиологического профиля в практике невролога – что делать?



Владимир Эрнстович Медведев

К.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии Факультета непрерывного медицинского образования ФГАО УВО «Российский университет дружбы народов», член ICPM, ECNP

В большинстве клинических рекомендаций и руководств тревога и тревожные расстройства рассматриваются как самостоятельный фактор риска многих соматических и всех психосоматических заболеваний (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, аритмии, бронхиальная астма, дерматиты, гастриты, язвенная болезнь, сахарный диабет и др.)¹.

По данным ВОЗ, отдельные симптомы тревоги, повышенной тревожности или субсиндромальные тревожные расстройства выявляются у 76% пациентов с соматической патологией¹⁻³. При этом наличие тревоги является самостоятельным фактором риска, например, у пациентов кардиологического профиля, который увеличивает вероятность развития инфаркта миокарда в 2-9 раз, инсульта — в 7,3 раза, ишемической болезни сердца — в 4,3 раза, артериальной гипертензии — в 3,6-6,8 раза, при этом снижая эффективность подобранной антигипертензивной терапии^{2-3, 12-16}.

Субсиндромальные тревожные состояния без терапии могут длительно персистировать и, со временем, достигать уровня развернутых психопатологических расстройств.

Под субклинической, субсиндромальной тревогой подразумевают два тревожных симптома и более, присутствующих одновременно у индивидуума в течение как минимум 2 недель и приводящих к социальной дезадаптации¹⁰.

К общим симптомам тревоги принято относить:

- чувство беспокойства и нервозности,
- быструю утомляемость,
- раздражительность,
- возбуждение и неусидчивость,
- непровольные движения,
- нетерпеливость,
- тревожные мысли,
- раздражительность по отношению к шуму, яркому свету,
- снижение концентрации внимания,
- нарушения сна, ночные кошмары, а также разнообразные болевые и соматовегетативные проявления (кардиа-, цеф-, торакалгии, онемение по типу перчаток и носков, «ком в горле», гипотермия и гипергидроз, красный или белый дермографизм, приступы жара и озноба, сухость во рту, чувство нехватки воздуха, мышечные подергивания, вздрагивания и т.п.), не получающие адекватного объяснения по результатам физикального и лабораторного обследования.

Своевременное выявление симптомов тревоги позволяет улучшить социальную адаптацию пациентов, уменьшить риск развития или прогрессирования не только психической, но и соматической патологии.

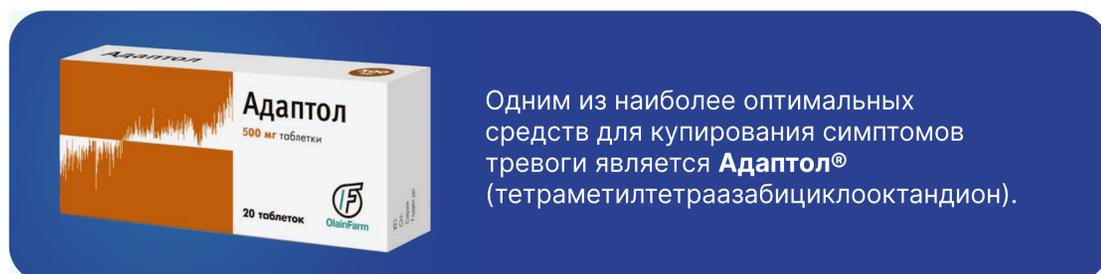
Однако в рамках амбулаторного приема пациенты с, зачастую, пациенты с субсиндромальной тревогой зачастую активно жалоб не предъявляют. Таким образом, выявление столь значимого синдрома становится определенным вызовом для врача.

К наиболее простому способу заподозрить у пациента тревогу можно отнести активный опрос со стороны врача. С этой целью достаточно задать два вопроса.



Удобным и доступным инструментом для выявления пациентов с симптомами тревоги, в том числе в практике амбулаторного врача, являются валидизированные опросники для самооценки, которые заполняются пациентом, наиболее распространенными из которых являются шкалы Спилбергера-Ханина, Цунга и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Например, госпитальная шкала тревоги и депрессии, состоящая из двух частей, содержит в себе по 7 вопросов на выявление тревоги и депрессии, позволяющих за короткий срок выявить даже субклинические нарушения в психоэмоциональной сфере и своевременно назначить лечение¹¹.

Для купирования тревожных расстройств у больных общей медицинской сети наиболее часто назначаются анксиолитики бензодиазепинового ряда. Однако применение бензодиазепиновых транквилизаторов зачастую осложняется рядом нежелательных эффектов: симптомами поведенческой токсичности (сонливость, замедление когнитивных процессов, снижение остроты реакций, внимания и памяти), угнетением дыхательного центра, снижением сократимости миокарда, взаимодействием с соматотропными средствами⁴⁻⁵.



Одним из наиболее оптимальных средств для купирования симптомов тревоги является **Адаптол®** (тетраметилтетраазабициклооктандион).

Адаптол® сочетает в себе свойства «дневного» транквилизатора с выраженным анксиолитическим, вегетостабилизирующим действием, **без снотворного, миорелаксирующего, нарушающих координацию движений эффектов**⁶. Его прием не накладывает ограничений на профессиональную и социальную деятельность человека (вождение автомобиля, работа со сложными системами, напряженная умственная деятельность) и не вызывает привыкания и развития синдрома отмены. Кроме того, препарату Адаптол® свойственны исключительно **благоприятные характеристики безопасности**. Он почти не проявляет побочных эффектов (головокружение, понижение артериального давления, диспептические расстройства, аллергические реакции)⁷⁻⁹. При этом у препарата в связи с его биологической инертностью практически отсутствуют межлекарственные взаимодействия, что позволяет исключить явления полипрагмазии⁶⁻⁸. Так, например, у пациентов кардиологического профиля Адаптол® значительно уменьшает уровень тревожности, при этом снижая вариабельность артериального давления на фоне антигипертензивной терапии, а также уменьшая уровень желудочковой экстрасистолии и аритмогенной готовности миокарда за счет восстановления баланса вегетативной нервной системы¹⁷⁻¹⁹.

Список литературы.

1. Путеводитель врачебных назначений. Современное руководство для практикующих врачей. Том 6. Под редакцией А. И. Мартынова. — М.: Бионика Медиа, 2018. 272 с.
2. Медведев В. Э. Психосоматические осложнения снижения или нарушения генеративной функции у пациенток общесоматической сети (обзор литературы). Архивъ внутренней медицины. 2022; 12(3): 187-194. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-3-187-194.
3. Медведев В. Э. Профилактика и терапия психопатологических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика. 2012; 3:54-9.
4. Медведев В. Э. Перспективы использования растительных анксиолитиков в терапии тревожных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Consilium Medicum. 2010; 2, том12: 72-6.
5. Терещенко О.Н., Кост Н.В., Медведев В. Э. Современные тенденции патогенетической терапии тревоги. Обзор литературы. Часть 2. // Психиатрия. — 2018. — №2. — с. 106-115.
6. Бурчянский С. Г. Фармакотерапевтические аспекты применения препарата Адаптол. Наука и новые технологии. 2011;6: 106-109.
7. Мкртчян В. Р. Терапевтические возможности Адаптола в лечении вегетативных нарушений у женщин. Доктор.Ру. 2009;8(109): 45-48.
8. Маркин С. П. Применение Адаптола при лечении хронической боли в спине у пациентов с тревожными расстройствами. Прикладные информационные аспекты медицины. 2013; 1(16): 92-94.
9. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишенина И.С., Яковенко Е.А., Анисимова Т.И., Сергеев А. В. Применение Адаптола в лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009;8(109): 45-48.
10. Л. А. Дзяк, Е. С. Цуракаленко. Тревожные расстройства в общей медицинской практике. Семейная медицина. 5 (67), 2016, 55-59.
11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983 Jun; 67(6): 361-70.
12. Гафаров В.В., Гафарова А. В. Уровни артериального давления, ишемическая болезнь сердца и личностная тревожность // Сибирский медицинский журнал (Томск). — 2004. — № 4. -С. 18-22.
13. Smoller J. W., Pollack M. H., Wassertheil-Smoller S. et al. Panic attacks and risk of incident cardiovascular events among postmenopausal women in the Women's Health Initiative Observational Study // Arch. Gen. Psychiatry. — 2007. — Vol. 64. — №10. — P. 1153-1160.
14. Chou P. H., Lin C. H., Loh el-W. et al. Panic disorder and risk of stroke: a population-based study // Psychosomatics. — 2012. — Vol. 53. — № 5. — P. 463-469.
15. Штарик, С. Ю. Взаимосвязь повышенного уровня тревоги и артериальной гипертонии / С. Ю. Штарик // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2010. — №2(59). — С. 69-73.
16. Tully PJ, Cosh SM, Baumeister H. The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. J Psychosom Res. 2014; 77:439-48.
17. Золотовская, И. А. Тревожно-ассоциированная вариабельность артериального давления у пациентов с фибрилляцией предсердий, перенесшая кардиоэмболический инсульт / И. А. Золотовская, И. Л. Давыдкин, И. Е. Повереннова // Терапевтический архив. — 2017. — Т. 89. — №12-2. — С. 150-156.
18. Поиск оптимального лечения желудочковой аритмии и тахикардической природы у пациентов с тревожными расстройствами / Т. В. Трещур, Е. А. Цуринова, Т. Э. Тулицева [и др.] // Неврологический архив. — 2012. — Т. 84. — №12. — С. 35-39.
19. Василец Л.М. и соавт. Синдром и феномен преждевременного возбуждения желудочков: влияние адаптола на вариабельность ритма сердца и аритмогенную готовность. Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2011. № 3. Том 4.с.68-72.

Материал предназначен для медицинских и фармацевтических сотрудников.

RUADA1555 от 20.09.2022