

## Функциональные болезни сердца – новые реалии

Ю.М. Поздняков<sup>1\*</sup>, В.С. Волков<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Областной кардиологический центр. Московская область, Жуковский, Россия; <sup>2</sup>Тверская медицинская академия. Тверь, Россия

### Functional heart diseases – new realities

Yu.M. Pozdnyakov<sup>1\*</sup>, V.S. Volkov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Regional Cardiology Centre. Moscow Region, Zhukovsky, Russia; <sup>2</sup>Tver Medical Academy. Tver, Russia

Работа посвящена проблемам, связанным с функциональными болезнями сердца. В статье подробно изложены вопросы диагностики, клиники и лечения этих сложных состояний, требующих от врача высокого профессионализма и глубоких междисциплинарных знаний и навыков.

**Ключевые слова:** функциональные болезни сердца, диагностика, дифференциальная диагностика, клиника, лечение.

The paper focuses on the diagnostics, clinics, and treatment of functional heart diseases, which require high professionalism and interdisciplinary knowledge and skills from health professionals.

**Key words:** Functional heart diseases, diagnostics, differential diagnostics, clinics, treatment.

Врач в реальной практике помимо классической соматической патологии нередко сталкивается с функциональными заболеваниями внутренних органов и функциональными синдромами, которые могут имитировать различные органические заболевания, в т.ч. неотложные состояния. Функциональная патология в чистом виде или, наслаиваясь на органическое поражение, значительно осложняет диагностику. Среди пациентов, обратившихся к врачу-терапевту в поликлиниках, 25-30% составляют больные с функциональной патологией различной степени выраженности.

Наиболее часто функциональная патология проявляется кардиологическими и гастроэнтерологическими жалобами. Среди больных, вызывающих скорую помощь по весьма распространенной формуле “плохо с сердцем”, большинство составляют пациенты с функциональной патологией, как правило, остро проявившейся симпатоадреналовым кризом. Углубленное обследование больных, которые в течение нескольких лет лечились в поликлинике по поводу стенокардии, показало, что в трети случаев указанное заболевание отсутствует, и в основе их страданий лежит функциональная патология.

Нередко в клинической картине у больных соматическими заболеваниями присутствуют функцио-

нальные нарушения, что придает болезни определенные черты, затрудняет диагностику и лечение основной болезни, существенно осложняет реабилитацию [1]. Среди пациентов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и признанных стабильно нетрудоспособными, значительно чаще можно встретить различные функциональные нарушения, чем среди пациентов, вернувшихся к труду. Специально проведенные исследования показали, что функциональная патология у больных, получивших группу инвалидности, явилась основной причиной признания их стойкой нетрудоспособности, т. е. привела к неправильным выводам при экспертизе трудоспособности.

Нет сомнений, что врач должен уметь диагностировать функциональную патологию, своевременно распознавать ее разнообразные псевдосоматические проявления, назначать адекватное лечение [2]. Однако необходимо отметить, что, пожалуй, нет такого другого раздела внутренней медицины, где наблюдались бы такое разнообразие терминологии и отсутствие согласия в понимании патогенеза функциональной патологии. В настоящее время в специальной литературе освещается достаточно много заболеваний и отдельных синдромов, в основе которых лежат функциональные нарушения деятельности внутренних органов. Это, прежде всего, нейроциркуляторная дис-

© Коллектив авторов, 2009

Тел.: 768-19-34

e-mail: mokz@yandex.ru

[<sup>1</sup>Поздняков Ю.М. (\*контактное лицо) – руководитель центра, главный кардиолог Московской области, <sup>2</sup>Волков В.С. – профессор кафедры терапии].

тония с ее различными вариантами, климактерическая или дисгормональная кардиопатия, синдром Да Коста, кардионевроз, вегетоневроз, дискинезия толстого кишечника (синдром раздраженной кишки). Описаны различные клинические формы функциональной патологии желудка и пищевода. К функциональным расстройствам относят гипервентиляционный синдром, синдром, так называемой, посттриппозной астении, синдром полиостеортромиалгии и др.

Когда речь идет о кардиальной патологии, то врач должен всегда уметь отличить боль в области сердца, которая имеет органическую природу, от той, которая носит функциональный (психогенный, невротический) характер. Основные клинические проявления невротической боли в области сердца (кардиалгии) следующие:

– *Локализация болей* в области сердца функционального генеза наиболее часто связана с зоной проекции на кожу верхушки сердца и прекардиальной областью. У одних больных наблюдается “миграция” болей, в то время как у других они имеют устойчивую локализацию.

– *Характер болевых ощущений* разнообразен. В основном, это ноющие, колющие, давящие, жгучие, сжимающие или пульсирующие боли. Ряд пациентов испытывает дискомфорт в предсердной области и неприятное ощущение “чувство сердца”.

– *Характер течения болей* чаще всего волнообразный. Для них нехарактерно исчезновение после прекращения физической нагрузки (ФН) или под действием нитроглицерина. Кардиалгии невротического (психогенного) генеза успешно редуцируются приемом валидола или других седативных средств.

– *Длительность болей*. Боли в области сердца чаще всего продолжительные, хотя могут быть и кратковременными (прокальывающие) боли. При детальном расспросе нередко оказывается, что боли невротического характера беспокоят больного в течение многих лет, иногда с юношеского возраста, что косвенно подтверждает их неорганический характер.

– *Иррадиация боли* в левую руку, левое плечо, под левую лопатку или подреберье достаточно закономерна для невротических болей. Боли могут распространяться в правую половину грудной клетки и даже в поясничную область. Однако иррадиация болей в шею и нижнюю челюсть нехарактерна для невротических (психогенных) болей и типична для стенокардии.

Опыт свидетельствует, что если у больного имеется “классическая” стенокардия напряжения, то вероятность наличия ишемической болезни сердца (ИБС) очень высока и составляет 80-95%. При атипичном сердечно-болевым синдроме, когда присутствуют не все признаки “классической” стенокардии, например, отсутствует четкая связь с физической нагрузкой, вероятность ИБС составляет ~ 50%. В тех же случаях, когда явно имеет место неангинозная боль, и нет

никаких признаков стенокардии напряжения, вероятность ИБС – 15-20%.

Это фактически означает, что даже в тех случаях, когда врач наблюдает у больного клинику типичной кардиалгии, нельзя с полной уверенностью отвергнуть стенокардию, и в этой ситуации всегда требуется дополнительное обследование вплоть до коронароангиографии.

Наибольшие трудности в распознавании болей невротического характера врач испытывает в тех случаях, когда к нему обращается пациент в возрасте 40-60 лет с нетипичными болями в области сердца или когда у больного имеется стенокардия или постинфарктный кардиосклероз и одновременно признаки выраженной кардиалгии. В первом случае пациент должен быть подвергнут всестороннему обследованию для исключения ИБС. Во втором – ситуация более сложная, т. к. присутствует сочетание ИБС и невротических болей. Прогноз больного, несомненно, определяется ИБС, и ее клинические проявления должны быть купированы. Однако функциональные нарушения, в частности, боли в области сердца невротического характера, значительно ухудшают качество жизни (КЖ) больного и требуют специального внимания и иных подходов к лечению.

Функциональная патология, помимо характерного болевого синдрома, описанного выше, всегда имеет ряд общих симптомов, распознавание и учет которых позволяет правильно поставить диагноз и фактически признать, что кардиалгия по существу не является изолированным симптомом, а фактически – частное проявление общего заболевания.

*Невротические нарушения различной степени выраженности.* Они проявляются, прежде всего, обилием жалоб псевдосоматического характера; напоминают те, которые наблюдаются при органической патологии внутренних органов. Среди них доминирует болевой синдром в области сердца, нередко предъявляются жалобы на головные боли. При дополнительном опросе без труда определяются жалобы на общую слабость, снижение трудоспособности, повышенную раздражительность, плаксивость, расстройства сна, “ком” в горле и др. Исследования, выполненные с помощью различных психометрических тестов, убедительно свидетельствуют, что эти невротические расстройства у больных с функциональной патологией выражены сравнительно не четко и имеют одну особенность – депрессивный оттенок. “Чистые” невротические синдромы, например, ипохондрический, астенический или тревога (Тр) у больных с функциональным заболеванием внутренних органов практически не встречаются; они обычно сочетаются с депрессией (Д) той или иной степени выраженности.

Д характеризуется плохим настроением, утратой способности радоваться жизни, затруднением общения с окружающими, стремлением к уединению, тревожным, чутким сном, плохим самочувствием

к вечеру, различными болями, которые лишь незначительно уменьшаются после приема обезболивающих препаратов. При этом значительно изменяется у этих больных отношение к своему заболеванию, отчетливо снижается адекватное отношение к болезни. Пациенты в значительной мере теряют способность к систематическому лечению, выполнению назначений врача, не верят в успех проводимой терапии, часто по своему усмотрению изменяют дозу лекарства, обращаются за консультацией к различным специалистам, нередко к представителям “нетрадиционной медицины”. Достаточно отчетливо проявляются у этих больных признаки, так называемой, социальной дезадаптации в виде стремления получения больничных листов, уйти на инвалидность, лечь при малейшем ухудшении самочувствия в постель. Социальная дезадаптация выражается нередко также частыми вызовами скорой медицинской помощи, требованиями к повышенному вниманию к себе со стороны членов семьи и т. д. [3,4].

Врачу, работающему обычно в условиях дефицита времени, сложно выявить эти невротические нарушения. В этом плане он может использовать достаточно простой прием, который позволит ему быстро получить ориентировочное представление о наличии у больного невротических нарушений и даже подойти к определению степени их выраженности. Суть этого приема основывается на известном положении, что невротические нарушения всегда сопровождаются нарушением сна. При опросе у пациента можно выделить 3 основных варианта нарушения сна [5]:

- расстройство засыпания;
- поверхностный, иногда с неоднократными пробуждениями, сон ночью;
- раннее окончательное пробуждение.

Степень выраженности нарушений сна оценивается по 4 балльной системе:

- 0 – расстройства сна нет, и пациент крепко спит 7-8 ч;
- 1-я (легкая степень – ст.) – расстройства сна непостоянны и включают 1-2 указанных вариантов нарушения сна, т. е. имеются расстройства засыпания, поверхностный сон или раннее окончательное пробуждение.
- 2-я (умеренная ст.) – расстройства сна непостоянны и включают все 3 варианта нарушения сна или постоянны, но включают только 1 вариант его нарушения.
- 3-я (выраженная ст.) нарушения сна – расстройства сна постоянны и включают 2-3 варианта нарушения сна.

Сопоставление показателей этой шкалы с результатами психометрических методик показало, что степень нарушения сна четко соответствует выраженности невротических расстройств. Если нарушения сна отсутствуют, то практически нет и невротических нарушений. При 1-й ст. расстройств сна обычно имеются слабо выраженные невротические отклонения

в психологическом статусе больного. При 3-й ст. нарушений сна имеют место значительные расстройства психического статуса, которые требуют настойчивого специального лечения.

Шкала расстройств сна позволяет врачу в условиях дефицита времени получить лишь приблизительное представление о наличии невротических расстройств и ст. их выраженности. Все это дает определенную точку опоры в решении экспертных вопросов, в определении направления дальнейшего обследования и лечения больного. Для более четкой диагностики невротических нарушений и, в частности, Д, могут быть использованы различные психометрические шкалы, консультация специалиста.

*Наличие вегетативных кризов (панических атак.)* Основным признаком панической атаки служит внезапное появление приступа Тр (паники). Это сопровождается выраженными вегетативными расстройствами: кардиалгия, сердцебиение, нехватка воздуха, озноб, повышение артериального давления (АД), тошнота, головокружение и т. п. Для отечественной медицины более традиционным является обозначение этих состояний как вегетативный криз, что подчеркивает преимущественное значение в клинической картине приступа вегетативных симптомов. Именно вегетативные кризы (панические атаки) заставляют больного искать срочной помощи у врача. Эти больные часто доставляются машиной скорой помощи в приемные отделения больниц с диагнозом ИМ, острый коронарный синдром, гипертонический криз, острый живот и т. п., и они требуют соответствующей диагностики и лечения.

Традиционно вегетативные кризы делят на симпатoadреналовые, ваго-инсулярные и смешанные или амфотонические. Клиника развернутых кризов достаточно хорошо известна. Однако у больных с функциональными расстройствами внутренних органов и тем более при коморбидном их течении с ограниченной патологией развернутые атаки встречаются довольно редко. Часто панические атаки у таких больных носят abortивный или стертый характер.

При abortивных вегетативных кризах симпатoadреналовой направленности больные чувствуют внезапно наступившую слабость и чувство нехватки воздуха, иногда это дополняется легкой дрожью и непродолжительным похолоданием конечностей, немотивированной Тр, болью в области сердца. Длительность таких кризов колеблется от 30 с до 10 мин, и они проходят самостоятельно. Обычно такой симптомокомплекс расценивается больными, нередко и врачами, как появление “сердечной слабости”, хотя по своей сути это abortивный вегетативный криз и к сердцу имеет лишь косвенное отношение. Abortивные ваго-инсулярные кризы встречаются реже, чем симпатoadреналовые и проявляются неожиданно появившейся слабостью, потливостью и тошнотой. Иногда они могут дебютировать внезапными болями в животе, слабостью и тошнотой. Длятся они 3-30 мин и прохо-

дят самостоятельно, хотя и вызывают эмоциональную реакцию со стороны больного. Иногда встречается сочетание отдельных элементов abortивных кризов симпатоадреналовой и ваго-инсулярной направленности, что создает дополнительные трудности в их распознавании. Изредка они могут встречаться у одного и того же больного, сменяя друг друга. Преобладание abortивных кризов над развернутыми в клинике внутренних болезней обусловлено в определенной степени возрастом больных. У лиц пожилого возраста abortивные вегетативные кризы возникают чаще, чем развернутые (классические).

Учащение вегетативных кризов как развернутых, так и abortивных, обычно связано с обострением функциональной патологии, и они отчетливо урежаются в период ремиссии. Однако замечено, что abortивные и развернутые симпатоадреналовые кризы чаще наблюдают у больных с функциональными и органическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС), тогда как ваго-инсулярные — при функциональной и органической патологии желудочно-кишечного тракта.

Вегетативные кризы (развернутые и abortивные) провоцируются психоэмоциональным стрессом, изменением погоды, выполнением непривычной работы, требующей новых навыков или быстрого темпа. В ряде случаев выявить причину развития панической атаки не удается. Необходимо особо подчеркнуть, что возникновение вегетативного криза часто по времени не совпадает со стрессовой ситуацией, и панические атаки развиваются через некоторое время после нее, когда пациент успокаивается и о стрессе начинает забывать.

*Признаки “поражения” нескольких внутренних органов.* У больных с кардиалгией нередко определяются болевые и другие расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, расстройства дыхания в виде синдрома гипервентиляции, синдром цефалгии. Врач, наблюдающий больного с функциональной патологией, видит, как на протяжении нескольких лет у него возникают как бы “новые болезни” (одна болезнь сменяет другую), которые при тщательном изучении являются не чем иным, как своеобразными проявлениями психовегетативных нарушений.

*Сегментарные нарушения вегетативной нервной системы (ВНС).* Они являются главной причиной возникновения локальных болей: кардиалгии, абдоминалгии, артралгий. Они мучительны для больного и субъективно могут им восприниматься не только как боль, но и в виде ощущения жара, жжения, скручивания, слипания, растягивания и т. д. Эти ощущения захватывают область проекции одного или нескольких внутренних органов, могут распространяться на поверхность, иррадиировать в другую область тела и иметь различную интенсивность (от незначительных, ноющих до нестерпимых, вынуждающих вызвать врача скорой помощи) и длительность (от нескольких мин до суток и более). Свой рассказ об этих болях пациенты

нередко сопровождают выразительной мимикой и движениями, используя для их описания необычные эпитеты и сравнения. Как правило, усиление болей сопровождается снижением настроения, сужением круга интересов, ухудшением сна. Обострение такого болевого синдрома можно рассматривать как эпицентр своеобразного вегетативного криза.

При объективном исследовании обнаруживают признаки раздражения сегментарных образований ВНС в зоне болевых ощущений, а именно, болезненность подкожно-жировой клетчатки (разминание пальцами кожной складки), мышц, надкостницы, т. е. образований, которые непосредственно иннервируются ВНС. Подтверждением этого является болезненность точек (мест вегетативных нервов) и отсутствие нарушений чувствительности поверхности кожи (иннервируется соматической нервной системой).

По распространенности болезненности мягких тканей и вегетативных точек можно составить объективное мнение об интенсивности болей невротического генеза: чем больше распространенность зоны болезненности, тем выше интенсивность болевых ощущений пациента [6].

Существует 3 ст. интенсивности кардиалгии:

*1 ст.* — редкие и незначительные боли в области сердца, отсутствие болезненности мягких тканей и вегетативных точек в левой половине грудной клетки или наличие таковой только в левой части межлопаточной области;

*2 ст.* — частые (3-5 раз в неделю) боли, обычно иррадиирующие в левую лопатку и руку, болезненность мягких тканей и вегетативных точек в прекардиальной области, близлежащих мышц и левой части межлопаточного пространства.

*3 ст.* — практически ежедневные длительные и достаточно сильные боли в области сердца с широкой иррадиацией, гипералгезия мягких тканей и вегетативных точек на всей левой половине грудной клетки, левом плече.

Важно отметить, что в предлагаемой градации болей, наряду с субъективной характеристикой алгического синдрома, присутствуют и объективные критерии, а именно, болезненность мягких тканей и вегетативных точек.

Параллельно с нарастанием интенсивности кардиалгии увеличиваются изменения психологического статуса, нарушения сна, учащаются вегетативные кризы.

Однако наибольшие трудности в распознавании невротических болей врач испытывает, когда боли локализируются за грудиной, но по своему характеру не соответствуют стенокардии. В этих случаях при объективном исследовании болезненность мягких тканей и вегетативных точек обычно имеется с двух сторон, что и обуславливает возникновение боли непосредственно в области грудины.

Использование представленных выше простых и доступных приемов позволяет врачу быстро выде-

лить болевой синдром невротического характера и ориентироваться в его интенсивности. Это имеет принципиальное значение для реабилитации больных. При типичной стенокардии болезненность мягких тканей и вегетативных точек в левой половине грудной клетки отсутствует.

В основе болезненности мягкой тканей и вегетативных точек при кардиалгии лежит синдром реперкуссии. Суть его состоит в том, что под влиянием отрицательных эмоций, особенно часто повторяющихся и длительных, происходят повышенная секреция катехоламинов и возбуждение симпатической нервной системы, появляется склонность к тахикардии. Исчезает синусовая аритмия, а по данным ритмографии, уменьшается вариационный размах. Информация о дисрегуляции сердечной деятельности по афферентным вегетативным волокнам поступает в соответствующие паравerteбральные узлы симпатического ствола. Это приводит к возбуждению (раздражению) указанных узлов. Поскольку в этих узлах заканчиваются вегетативные волокна, иннервирующие в соответствующих сегментах подкожно-жировую клетчатку, мышцы, надкостницу и т. п., то раздражение передается на нервные окончания, расположенные в указанных тканях – феномен реперкуссии. Так появляются зоны Захарьина-Геда – характерный признак функциональной патологии. Ответ ВНС на какое-либо раздражение носит обычно генерализованный характер. И раздражение (особенно стойкое), возникшее на сегментарном уровне, приводит к возбуждению надсегментарных вегетативных образований (лимбическая система, гипоталамус, ствол головного мозга) с развитием изменений психики невротического круга и функциональных отклонений в различных органах и системах [7].

Обычно врач связывает атипичные болевые ощущения в области сердца с остеохондрозом позвоночника. Однако эта возрастная патология, которая закономерно появляется у человека > 50 лет и, как правило, не дает болевых ощущений. Если же они появляются, то в их основе всегда лежит поражение соматической нервной системы с развитием мышечно-тонического синдрома в местах локализации боли.

Таким образом, различным функциональным заболеваниям и синдромам, встречающимся в клинике, присущи общие черты, которые позволяют считать, что все они – проявления одной болезни, которая согласно МКБ-10 является соматоформной дисфункцией ВНС (СФДВНС), раздел F 45.3. Эта патология относится к психическим заболеваниям, но имеет выраженные вегетативные расстройства, имитирующие разную соматическую патологию, и в первую очередь, кардиальную. Естественно возникает вопрос: кто должен ставить диагноз СФДВНС и лечить больного? Здесь можно высказать достаточно однозначное мнение. Диагностировать СФДВНС должны уметь кардиолог, врач общей практики, врач-терапевт.

Попытки направить больных с СФДВНС на консультацию и лечение к невропатологу или психиатру заканчиваются обычно возвращением больного к врачу-терапевту. Указанные специалисты распознают СФДВНС, но их всегда смущает наличие или даже преобладание соматических жалоб над типичными невротическими, и поэтому больные снова приходят к врачу-терапевту.

## Лечение

Лечение больных СФДВНС в общемедицинской практике достаточно сложная проблема.

Наибольший эффект в лечении больных СФДВНС врач может ожидать от применения рациональной психотерапии, аутогенной тренировки, применения психотропных средств,  $\beta$ -адреноблокаторов ( $\beta$ -АБ). Вспомогательное значение имеют игло-рефлексотерапия и массаж тех зон, где сосредоточены болевые ощущения.

*Купирование вегетативного криза.* Как уже указывалось выше, наиболее ярким клиническим проявлением СФДВНС является вегетативный криз (паническая атака). Опыт свидетельствует, что наиболее быстро и полно купируют криз инъекция седуксена (Реланиума) – 2-4 мл 0,5% раствора. Дополнительно назначают пропранолол (Анаприлин) 20-40 мг под язык и алпрозолам (Ксанакс) per os.

Однако больные с СФДВНС по существу нуждаются после купирования вегетативного криза в систематической терапии, способной улучшить самочувствие больных и предотвратить возникновение панических атак.

*Рациональная психотерапия.* Обычно больной с СФДВНС находится в заблуждении относительно истинной причины своего заболевания. Задачей рациональной психотерапии является правильная, доступная пониманию больного трактовка характера, причин возникновения и прогноза болезни.

Этот метод называют лечением беседой, его основой служит способность врача убеждать; большую роль здесь играют авторитет и высокий профессионализм доктора. Элементы рациональной психотерапии используются уже непосредственно во время панической атаки, позволяя уменьшить Тр, на основе которой развивается криз. В последующем беседа используется во время каждого консультативного приема в поликлинике.

Основной жалобой больных с СФДВНС является боль, поэтому врачу необходимо объяснить пациенту, что болевой синдром не связан с заболеванием внутренних органов и не опасен для жизни. Следует показать связь между психоэмоциональным статусом больного и интенсивностью, частотой возникновения болей. Результаты лабораторного и особенно инструментального обследования играют иногда роль важнейшего психотерапевтического средства, поскольку свидетельствуют об удовлетворительном состоянии внутренних органов, в частности, сердца.

*Аутогенная тренировка.* Суть метода состоит в обучении больного с помощью интенсивной концентрации внимания расслаблять мышцы, вызывать у себя чувства тепла в организме, спокойствия, уверенности в благоприятном исходе лечения и др.

В основе аутогенной тренировки лежит применение стандартных упражнений, использование специально подобранных формул самовнушения.

Аутогенную тренировку проводит врач, обученный этой методике. Как свидетельствует опыт, достаточно 10-12 групповых занятий продолжительностью 30-60 мин каждое с периодичностью 2 раза в неделю. Однако в промежутках между занятиями с врачом пациенты должны регулярно (1-2 раза в день) проводить самостоятельные тренировки. Считают, что в совершенстве овладеть техникой аутогенной тренировки можно через 4-6 мес. При длительном применении психорелаксирующих методов происходит уменьшение тревожности, остроты психологической и физиологической реакции на стрессовое воздействие.

Недостатком аутогенной тренировки служит то, что требуется значительное время для ее полного освоения.

Помимо аутогенной тренировки и рациональной психотерапии могут быть использованы и другие методы коррекции психологического статуса больных: психоанализ, личностно-ориентированная психотерапия, поведенческая психотерапия, гипнотерапия.

Лекарственные средства играют важнейшую роль в лечении больных с СФДВНС. При этом рациональную психотерапию, аутогенную тренировку и другие методы лечения СФДВНС следует рассматривать как вспомогательные. Однако назначение таким больным малых транквилизаторов (Диазепам, Сибазон, Феназепам, Нозепам и др.) не дает стойкого эффекта, поскольку временно устраняет лишь некоторые симптомы (плохой сон, повышенную возбудимость и др.) и не действует на основную причину заболевания — Д. Поэтому главными средствами лечения СФДВНС являются антидепрессанты, поскольку указанная патология является по существу своеобразной маской Д.

Необходимо отметить, что за рубежом, а в последние годы и в России, легкую и средней тяжести Д у кардиологических больных успешно лечат кардиологи и врачи общей практики. Это стало возможным благодаря внедрению в клиническую практику качественно новых антидепрессантов, лишенных отрицательных побочных эффектов традиционных трициклических антидепрессантов, в частности, Амитриптилина.

Антидепрессанты нового поколения обладают селективностью и поэтому не имеют побочных эффектов, характерных для трициклических. Они почти не уступают классическим препаратам по антидепрессивной активности и превосходят их по переносимости и безопасности применения. В настоящее время

имеется достаточно большой арсенал современных антидепрессантов, однако, у больных с заболеваниями ССС наиболее изучена эффективность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Препараты этой группы тормозят обратное проникновение серотонина из синаптической щели внутрь пресинаптического нейрона и не оказывают существенного влияния на другие нейромедиаторы. Свое название СИОЗС получили из-за большой селективности в отношении блокирования обратного захвата серотонина, чем норадреналина (по меньшей мере, в 10 раз). Кроме того, СИОЗС имеют незначительное сродство с  $\alpha_1$ -адренорецепторами, М-холинорецепторами, гистаминовыми  $H_1$ -рецепторами, что обеспечивает хорошую переносимость СИОЗС. Эти препараты не обладают способностью блокировать медленные натриевые каналы, в связи с чем, они более безопасны в отношении передозировки. Негативные эффекты препаратов этой группы минимальны, особенно при назначении адекватных доз. Они в основном сводятся к возникновению сухости во рту, тошноте, сонливости, головокружению, потливости и др. Побочные эффекты отмечаются редко, как правило, на 1-2 нед лечения, редуцируются самостоятельно и в большинстве случаев не требуют отмены антидепрессанта. Препараты группы СИОЗС оказывают не только антидепрессивное, но и противотревожное (анксиолитическое) действие, в связи с чем, они эффективны при наличии у больных Д с сопутствующей тревожной симптоматикой, панических атак, фобических синдромов.

В целом, антидепрессанты группы СИОЗС не оказывают отрицательного влияния на состояние ССС у больных ИБС: не изменяют АД и проводимость, не увеличивают вероятность возникновения аритмий и несколько снижают частоту сердечных сокращений (ЧСС). Применение в течение 3-6 мес. препаратов группы СИОЗС у больных ИБС с симптомами СФДВНС дает клинический эффект уже через 40-50 дней у 80-90% больных. Больные отмечают улучшение настроения, аппетита, нормализацию сна, уменьшение беспокойства, страха "за сердце", раздражительности. Более того, некоторые препараты этой группы (Циталопрам) оказывают небольшой стимулирующий эффект: уменьшается утомляемость, возрастают двигательная активность и работоспособность. Помимо улучшения психологического статуса уменьшаются соматические симптомы, в т.ч. жалобы на боли и неприятные ощущения в области сердца, на перебои в его работе, на чувство похолодания и онемения конечностей. Переносимость препаратов группы СИОЗС заслуживает высокой оценки: у 70-75% больных переносимость отличная и у 21% больных — хорошая [8,9].

Важно отметить, что у больных урежаются и постепенно исчезают панические атаки, они начинают реже обращаться к врачу по поводу различных боле-

вых ощущений и других вегетативных проявлений заболевания.

Ниже приводятся суточные дозы основных препаратов группы СИОЗС:

- Циталопрам— 20 мг (1 табл./сут.);
- Сертралин— 100 мг (1–2 табл./сут.);
- Флуоксетин— 20 мг (1 табл./сут.);
- Флувоксамин— 100 мг (1–2 табл./сут.);
- Пароксетин— 20 мг (1 табл./сут.).

Указанные дозы являются начальными и в то же время терапевтическими при Д легкой и средней тяжести и в большинстве случаев не требуют изменений на протяжении лечения.

Кроме препаратов группы СИОЗС в кардиологической практике достаточно широко используется тианептин (Коаксил). По химической структуре препарат относится к атипичным трициклическим антидепрессантам, а по механизму действия является селективным стимулятором обратного захвата серотонина. Препарат увеличивает количество и длину апикальных дендритов пирамидальных клеток гипокампа, а также снижает реактивность гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы. Коаксил обладает антидепрессивным, противотревожным и активирующим эффектами, безопасен при лечении Д у пожилых лиц и больных с заболеваниями ССС, хорошо переносится. Результаты многочисленных исследований последних лет свидетельствуют, что Коаксил высокоэффективен при депрессивных и тревожных расстройствах у больных артериальной гипертонией и ИБС. Препарат назначается по 1 табл. (12,5 мг) 3 раза в сутки. Пациентам > 70 лет с почечной недостаточностью суточная доза уменьшается до 25 мг (2 табл.).

При назначении антидепрессантов необходимо учитывать некоторую отсроченность их клинического эффекта. Последний нарастает постепенно и становится значимым к концу первых 2 нед терапии. Желательно информировать об этом больного с тем, чтобы он не ожидал немедленного положительного действия после приема антидепрессанта. Через 3–4

нед. при недостаточной эффективности антидепрессанта указанные выше дозы могут быть увеличены.

Лечение антидепрессантами должно продолжаться не менее 1,5 мес. При выраженных депрессивных расстройствах длительность лечения может быть увеличена до 4–6 мес. и более в зависимости от состояния пациента. Для депрессантов нового поколения привыкание, а также синдром отмены не характерны. Эта особенность их действия позволит отменять антидепрессант одномоментно, без предварительного снижения дозы, даже после длительного лечения.

Вопрос о том, способствует ли улучшению прогноза лечение антидепрессантами коморбидной Д у больных ИБС, остается открытым, ответ на него будет получен в ближайшие годы. В настоящее время в этом направлении ведутся многоцентровые, проспективные исследования. Однако совершенно очевидно, что Д, которая является стержнем СФДВНС, отягощает течение основного заболевания, и лечить ее необходимо, прежде всего, для улучшения клинического состояния пациента, повышения КЖ и приверженности лечению.

Из других лекарственных средств, которые с успехом могут применяться при СФДВНС должны быть, прежде всего, отмечены β-АБ. Назначаемые вместе с антидепрессантом они усиливают его лечебный эффект. Однако при незначительных клинических проявлениях СФДВНС (неинтенсивные и нечастые боли, легкие нарушения сна, отсутствие развернутых кризов и т. д.), длительное применение β-АБ может рассматриваться как самостоятельный метод лечения [10].

Функциональные заболевания сердца, в т.ч. и проявляющиеся кардиалгией, встречаются в практике врача-терапевта, кардиолога, врача общей практики достаточно часто и фактически являются отражением соматоформной дисфункции ВНС. Назначая больным с этой патологией лечение (психотерапию, антидепрессанты, β-АБ) можно добиться у них значительного клинического эффекта, улучшить их КЖ.

## Литература

1. Смулевич А.В., Сыркин А.Л., Дробижев и М.Ю. и др. Психокardiология. МИА 2005; 777 с.
2. Поздняков Ю.М., Волков В.С. Боль в грудной клетке. Москва 2006; 263 с.
3. Brundtlan GH. Mental health in the 21-st century. Bull Wld Hlth Org 2000; 78; 411.
4. Greed F, Morgan R, Fiddler M, et al. Depression and anxiety impair health – related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. Psychosomatics 2002; 43(4): 302-9.
5. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. МИА 1998; 749 с.
6. Волков В.С., Попов Л.И. О дифференциальной диагностике стенокардии и болей в области сердца невротического характера. Клиническая медицина 1974; 6: 28-32.
7. Волков В.С., Поздняков Ю.М., Виноградов В.Ф. О патогенезе сердечно-болевого синдрома у больных нейроциркуляторной дистонией. Кардиология 1997; 6: 56-60.
8. Погосова Г.В. Депрессии у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению. Кардиология 2004; 1: 88-92.
9. Ушакова А.В. Антидепрессивная терапия у соматических больных. Фарматека 2007; 15: 29-35.
10. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. Нейроциркуляторная дистония. Чебоксары 1995; 248 с.

Поступила 10/09 – 2009