

Тревога у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современные стратегии выявления и возможности терапии

В.Н. Шишкова✉

ФГБОУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация

Тревога и тревожные расстройства являются важными модифицируемыми факторами риска развития и осложненного течения сердечно-сосудистых и других распространенных хронических неинфекционных заболеваний. Тревожные расстройства существенно снижают мотивацию и приверженность больных изменению образа жизни и медикаментозной терапии, значимо ухудшают качество жизни, увеличивают риск инвалидизации и расходы системы здравоохранения. Актуальность вопросов диагностики и коррекции тревоги в практике врачей терапевтов и кардиологов обусловлена, с одной стороны, высокой частотой встречаемости тревожных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, ухудшением качества жизни и увеличением неблагоприятных исходов, а с другой – недостаточным уровнем осведомленности о рисках, связанных со сферой психоэмоционального состояния пациентов. Коррекция тревожных состояний включает как медикаментозные, так и немедикаментозные методы. Препаратами 1-й линии в терапии большинства тревожных расстройств являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина либо селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. При их назначении необходимо учитывать риск возможных побочных эффектов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. На практике чаще применяются препараты с успокаивающим и противотревожным действием, в том числе небензодиазепиновые транквилизаторы. Наиболее изученным в терапевтической и кардиологической практике из данной группы препаратов является фабомотизол. Эффективность и безопасность фабомотизола изучены в многочисленных исследованиях у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и широким спектром тревожных расстройств, в том числе при длительном применении препарата.

Ключевые слова: тревога, тревожные расстройства, сердечно-сосудистые заболевания, фабомотизол

Для цитирования: Шишкова В.Н. Тревога у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: современные стратегии выявления и возможности терапии. Терапевтический архив. 2023;95(8):710–715. DOI: 10.26442/00403660.2023.08.202207

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2023 г.

REVIEW

Anxiety in subjects with cardiovascular disease: Current diagnostic strategies and therapeutic options. A review

Veronika N. Shishkova✉

National Medical Research Center for Preventive Medicine, Moscow, Russia

Abstract

Anxiety and anxiety disorders are important modifiable risk factors for cardiovascular and other common chronic non-communicable diseases and complications. Anxiety disorders significantly reduce the motivation and adherence of patients to lifestyle changes and drug therapy, significantly worsen the quality of life, and increase the risk of disability and the costs of the health care system. The issues of diagnosis and therapy of anxiety are relevant for the practice of physicians and cardiologists due to the high incidence of anxiety disorders in patients with cardiovascular diseases, a decrease in the quality of life and an increase in adverse outcomes, and also due to the insufficient awareness of the risks associated with the psycho-emotional state of patients. Therapy of anxiety disorders includes both drug and non-drug methods. The first-line drugs in treating most anxiety disorders are selective serotonin reuptake inhibitors or selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors. The risk of possible side effects of these agents in patients with cardiovascular diseases should be considered. Sedative and anti-anxiety drugs, including non-benzodiazepine tranquilizers, are more commonly used. The most studied drug from this class in therapeutic and cardiological practice is fabomotizole. The efficacy and safety of fabomotizole, including long-term use, have been studied in numerous studies in patients with cardiovascular diseases and a wide range of anxiety disorders.

Keywords: anxiety, anxiety disorders, cardiovascular diseases, fabomotizole

For citation: Shishkova VN. Anxiety in subjects with cardiovascular disease: Current diagnostic strategies and therapeutic options. A review. *Tерапевтический Архив* (Ter. Arkh.). 2023;95(8):710–715. DOI: 10.26442/00403660.2023.08.202207

Актуальность вопросов, связанных с психоэмоциональным состоянием пациентов, имеющих сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и обращающихся за помощью в основном к терапевтам или кардиологам, значительно возросла за последние годы.

Полученные данные о негативном влиянии тревоги и депрессии на развитие и прогрессирование хронических неинфекционных заболеваний, в том числе наиболее распространенных ССЗ (артериальной гипертензии – АГ,

ишемической болезни сердца – ИБС, хронической сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий – ФП и иных нарушений сердечного ритма и др.), свидетельствуют о необходимости раннего скрининга, коррекции и профилактики данных состояний [1] с целью улучшения не только качества жизни пациентов, но и прогноза. Так, было показано, ССЗ повышают риск формирования психоэмоциональных нарушений более чем в 2 раза, а распространенность данных нарушений у пациентов с ССЗ составля-

Информация об авторе / Information about the author

✉Шишкова Вероника Николаевна – д-р мед. наук, вед. науч. сотр., рук. отд. профилактики когнитивных и психоэмоциональных нарушений.
E-mail: veronika-1306@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1042-4275

✉Veronika N. Shishkova. E-mail: veronika-1306@mail.ru; ORCID: 0000-0002-1042-4275

ет почти 40%, что приводит к значительному ухудшению прогноза как вследствие острых сердечно-сосудистых событий, так и других причин смерти, включая суицид [2].

В Российской Федерации распространенность основных психоэмоциональных факторов риска среди населения в целом составляет: 8,8% – депрессия и 18,1% – тревожные расстройства (ТР), а среди обращающихся за первичной медицинской помощью в учреждения здравоохранения – около 50% среди всех пациентов с ССЗ [3–6].

Необходимо также принять во внимание значимый вклад пандемии новой коронавирусной инфекции, приведшей к резкому возрастанию числа тревожных и депрессивных расстройств в популяции, проявляющихся в том числе в отдаленном периоде после перенесенного инфекционного заболевания [7]. В то же время в ежедневной практике терапевтами и кардиологами подобные взаимосвязи часто упускаются, вероятнее всего, ввиду как недостаточной осведомленности о рисках, связанных со сферой психоэмоционального состояния пациентов, так и отсутствия практических алгоритмов по выявлению и коррекции психоэмоциональных нарушений.

Таким образом, ТР являются важными модифицируемыми факторами риска развития и осложненного течения ССЗ, которые также существенно снижают приверженность больных терапии, ухудшают качество жизни, увеличивают риск инвалидизации и расходы системы здравоохранения.

Определение тревоги и ТР

Выявление тревоги и ТР в рутинной практике врача-терапевта или кардиолога, с одной стороны, не представляет сложности ввиду наличия явных клинических симптомов, а с другой – ограничено сдерживающими психологическими барьерами ментальности специалиста «не психиатра». Вместе с тем, принимая во внимание все более возрастающую роль своевременного выявления и коррекции психоэмоциональных факторов риска у пациентов с ССЗ, необходимо предпринимать активные попытки к изменению данной ситуации [8].

Для понимания границ терапевтического воздействия необходимо разделять понятия тревоги как эмоции и ТР. Итак, тревога – это отрицательно окрашенная эмоция, выражающая ощущение неопределенности и ожидания негативных событий, а также трудноопределимые неприятные предчувствия. Тревога возникает как защитная реакция, помогающая человеку принять решение и совершить определенные действия, чтобы справиться с внезапно возникшей опасной ситуацией, но может и дезадаптировать [9]. В развитии клинических проявлений тревоги принимают активное участие эндокринная, нервная и мышечная системы, что проявляется характерными симптомами – учащением частоты сердечных сокращений и дыхания, резким повышением артериального давления (АД), гипергидрозом, ускорением скорости реакций, повышением мышечного тонуса, потребностью в движении и т.д.

Следует подчеркнуть, что клинические проявления тревоги – это реакция организма человека на неизвестную внутреннюю опасность, в чем заключается ее кардинальное отличие от страха, при котором опасность внешняя и определенная. Физиологическая тревога также отличается от паники, которая представляет собой кратковременный эпизод интенсивной тревоги с внезапным началом и достигающим своего пика в течение нескольких минут, который сопровождается сильным беспокойством и/или страхом смерти или потерей контроля над

собой в сочетании с выраженными соматовегетативными нарушениями [9].

Таким образом, ТР – это группа психоэмоциональных нарушений, основным проявлением которых является чувство тревоги, возникающее по причинам, не представляющим реальную опасность. ТР характеризуются появлением определенных отрицательных эмоций (тревога, страх), соматических и вегетативных симптомов, а также поведенческих реакций (охранительное, избегающее поведение).

Наиболее распространенным среди всех ТР является генерализованное ТР (ГТР), частота которого составляет, по разным оценкам, от 12 до 25%. ГТР встречается чаще у женщин, чем у мужчин, в соотношении 3:1. В целом распространенность в популяции среди взрослого населения составляет около 5%. ГТР характеризуется устойчивой тревогой и внутренним напряжением, которые не вызваны какими-либо особыми окружающими обстоятельствами, но могут приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидальному риску. Необходимо отметить, что тревога при ГТР не поддается сознательному контролю, т.е. такие пациенты не могут самостоятельно справиться с тревогой усилием воли или с помощью рациональных убеждений [10]. Следует подчеркнуть, что при ГТР интенсивность тревожных переживаний несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента.

Следующими по частоте развития являются тревожно-фобические расстройства (ТФР) – группа расстройств, в клинической картине которых преобладают предметная тревога, страх определенных ситуаций или объектов, которые не представляют реальной опасности [11]. В результате возникновения ТФР пациент старается избегать таких ситуаций или вынужден, оказавшись в них, преодолевать чувство страха. Как правило, переживая страх в провоцирующей обстановке или ситуации, пациенты пытаются сопротивляться ему, ослаблять его интенсивность, искать способы борьбы с ним, используя различные приемы и отвращения. Вариантами ТФР являются: агорафобия (боязнь открытых пространств), клаустрофобия (боязнь замкнутых или тесных пространств), социальная фобия (социофобия – психологическое состояние, при котором человек постоянно испытывает страх взаимодействия с другими людьми), изолированная (специфическая) фобия (боязнь высоты – акрофобия, пауков – арахнофобия, полетов на самолете – аэрофобия и т.д.). ТФР встречаются с частотой 5–12%, при этом большинство фобических расстройств, кроме социальных фобий, чаще встречается у женщин.

Паническое расстройство – ПР (эпизодическая пароксизмальная тревога) – также одно из наиболее распространенных ТР, которое проявляется повторными приступами паники, часто возникающими спонтанно, непредсказуемо для пациента, без связи со специфическими ситуациями, конкретными объектами, физическим напряжением или опасными для жизни ситуациями, при этом довольно быстро формируется страх ожидания следующего приступа [9]. ПР наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 64 лет, данные большинства эпидемиологических исследований показывают 2–4-кратное преобладание женщин над мужчинами. Распространенность данного заболевания среди населения составляет, по разным исследованиям, от 2 до 5%.

Типичная картина развития приступа паники может быть хорошо знакома врачам-терапевтам и кардиологам, учитывая «локализацию» симптомов. Так, для большинства приступов характерно начало с симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы – с внезапно начавшегося

«сильного сердцебиения», ощущения «перебоев», «остановки», дискомфорта или боли в области сердца. Большие панические атаки сопровождаются подъемом АД, цифры которого могут оказаться достаточно высокими. По мере снижения интенсивности приступа паники цифры АД снижаются параллельно дезактуализации страха, что может служить надежным диагностическим критерием при проведении дифференциальной диагностики гипертонической болезни с кризовым течением и ПР. Наиболее выраженными могут стать и нарушения в дыхательной системе: затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией, «чувство удушья». Описывая приступ, пациенты сообщают, что «перехватило горло», «перестал поступать воздух», «стало душно». Именно эти ощущения заставляют больного открывать окна, балкон, искать «свежий воздух». Приступ может начинаться с ощущения удушья, и в этих случаях страх смерти возникает как следствие «затруднения» дыхания. Реже наблюдаются желудочно-кишечные расстройства, такие как тошнота, рвота, отрыжка, неприятные ощущения в эпигастрии. Как правило, в момент панической атаки наблюдаются головокружение, потливость, тремор с чувством озноба, «волны» жара и холода, парестезии, похолодание кистей и стоп. В завершающей стадии приступа могут отмечаться полиурия и/или частый жидкий стул. Объективно определяются изменения цвета лица, частоты сердечных сокращений, колебания АД, причем нередко обнаруживается диссоциация между субъективным переживанием вегетативных нарушений пациентами и их выраженностью при объективном осмотре. Ключевым отличием ПР от изолированных панических атак является формирование страха ожидания нового приступа и, как следствие, развитие так называемого охранительного поведения, т.е. избегания мест и ситуаций, в которых уже возникла паническая атака (например, общественного транспорта, большого скопления людей и т.п.).

Еще одним видом ТР, широко распространенным в клинической практике, особенно среди пациентов с хронической соматической патологией, является расстройство адаптации (РА), или расстройство приспособительных реакций, – болезненное состояние, развивающееся в ответ на стрессовое событие (не являющееся чрезвычайным стрессом), выходящее за рамки нормальных ожидаемых реакций на стресс и нарушающее привычное функционирование пациента.

Стрессовыми факторами могут являться любые значительные изменения в жизни или стрессовые жизненные события, а также наличие или возможность серьезной физической болезни. Важную роль в риске возникновения и формирования проявлений адаптационных расстройств играет индивидуальная предрасположенность или уязвимость [12].

Проявления РА весьма разнообразны и включают психоэмоциональные нарушения (тревога, беспокойство, плохие опасения и предчувствия, депрессивное настроение), вегетативная дисфункция и нарушения сна. При этом ни один из симптомов не является столь существенным или преобладающим, чтобы свидетельствовать о более специфическом диагнозе. Для пациентов характерно ощущение неспособности справиться со стрессовой ситуацией и приспособиться к ней, а также некоторая степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Данная симптоматика обычно возникает в течение 1 мес после стрессового события или изменения жизни, а ее продолжительность не превышает 6 мес (при более длительном сохранении клинических проявлений диагноз пересматривается).

Диагностика тревоги и ТР

Принимая во внимание тесную связь психоэмоциональных факторов как с высоким риском развития ССЗ и других хронических неинфекционных заболеваний, так и ухудшением прогноза, что особенно актуально для пациентов с ИБС, АГ, ФП, хронической сердечной недостаточностью, рекомендуется проводить скрининг данных факторов риска с частотой не реже 2–4 раз в год [1]. Результаты проспективного исследования со средним сроком наблюдения 8,4 года подтвердили благоприятные эффекты проводимого скрининга и коррекции психоэмоциональных нарушений на риск развития неблагоприятных событий, связанных с ССЗ [13]. Для проведения скрининга тревоги и депрессии врачам терапевтам и кардиологам можно применять шкалу Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [2]. Необходимо помнить, что существуют ситуации, когда пациентам, обратившимся на прием к терапевту или кардиологу, требуется проведение консультации психиатра. Так называемые знаки опасности или «красные флажки» – это выявленные симптомы и/или активные жалобы со стороны пациента, которые являются абсолютными показаниями к консультации психиатра или психотерапевта. К таким «красным флажкам» относятся, в первую очередь, суицидальные мысли, намерения или действия (в том числе в анамнезе), а также наличие бреда и/или галлюцинаций, психические заболевания в анамнезе, более 11 баллов, набранных в скрининге по шкале тревоги или депрессии HADS [2]. Следует подчеркнуть, что ранее распознавание угрозы суицидального поведения относится к компетенциям не только психиатра, но и в равной степени врача любой специальности, в том числе терапевта и кардиолога.

Наличие ТР устанавливается после исключения соматической патологии, при которой могут наблюдаться схожие с тревогой клинические проявления. В реальной клинической практике врач-терапевт обычно сталкивается с тем, что пациент не осознает у себя тревогу и не сообщает о своих эмоциях, но может предъявлять жалобы на соматические симптомы, возникновение которых обусловлено ТР, – учащение частоты сердечных сокращений, повышение АД, головная боль, одышка, головокружение, повышенная потливость и т.д. В таких случаях врач обычно назначает терапию в соответствии с характером соматических симптомов, что, безусловно, не является эффективной стратегией в долгосрочном аспекте. Для врачей первичного амбулаторного звена маркерами ТР могут служить следующие симптомы:

1. Чрезмерная тревога или беспокойство, не поддающиеся контролю и длящиеся не менее 1 мес.
2. Наличие 3 из 6 следующих симптомов:
 - возбужденность или нервозность, состояние «на пределе»;
 - быстрая утомляемость;
 - сниженная концентрация внимания;
 - раздражительность;
 - мышечное напряжение;
 - проблемы со сном;
 - возбудимость вегетативной нервной системы: повышенное потоотделение, тахикардия, сухость во рту, дискомфорт в эпигастриальной области, нарушение стула, головокружение.

Наличие данных симптомов является поводом заподозрить у пациента ТР. Далее для выявления и определения степени выраженности тревоги применяют опросник Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) [14]. Данный опросник разрабатывался для выявления и оценки степени тяжести ГТР и ПР, но он так же эффективен для выявления

социального и постстрессорного ТР (РА), т.е. для большинства тревожных нарушений в практике врача-терапевта. Пациентам, набравшим более 10 баллов по данному опроснику, должна быть рекомендована консультация психиатра для уточнения диагноза и исключения других психических расстройств. Пациентам с умеренным уровнем тревоги (менее 10 баллов по опроснику GAD-7) возможно назначение психофармакотерапии согласно отечественным клиническим рекомендациям [10, 11].

Терапия тревожных состояний в практике терапевта

Препаратами 1-й линии терапии большинства ТР, по мнению зарубежных и отечественных экспертов, являются антидепрессанты из фармакологических групп – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) либо селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) [9–11]. Препараты данного класса применяются как для снижения интенсивности тревоги, так и для длительной стабилизации настроения у пациента. Монотерапия антидепрессантами должна начинаться с минимальных доз, которые затем постепенно увеличиваются до терапевтических, с учетом клинических эффектов и переносимости. Анксиолитический эффект развивается вариативно, в среднем в течение 2–8 нед, а рекомендованная длительность применения антидепрессантов СИОЗС или СИОЗСН составляет от 6 до 12 мес. Следует отметить, что в клинических рекомендациях подчеркивается необходимость индивидуального подбора доз препаратов из класса СИОЗС и СИОЗСН, учитывая не только их психотропное действие, но также и вероятные побочные эффекты, особенно у пациентов с ССЗ. Так, вследствие развития множественных межлекарственных взаимодействий большинство представителей СИОЗС не следует назначать пациентам, принимающим нестероидные противовоспалительные препараты, антикоагулянты и антиагреганты, поскольку данная комбинация может приводить к увеличению риска неконтролируемых кровотечений. Помимо риска кровотечения, связанного с межлекарственным взаимодействием, СИОЗС также обладают собственным геморрагическим потенциалом, связанным с эффектами тромбоцитарного серотонина, поэтому рекомендуется соблюдать осторожность при назначении данных антидепрессантов пациентам с язвенной болезнью, эрозивными поражениями слизистой желудочно-кишечного тракта, циррозом и варикозно-расширенными венами пищевода. Также у пациентов с ССЗ, получающих дигоксин, наиболее часто назначаемые представители СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин) могут увеличивать риск дигиталисной интоксикации в результате ингибирования в гепатоцитах ферментов цитохрома Р450. Таким образом, следует отметить, что применение антидепрессантов у пациентов с ССЗ связано с повышенным риском осложнений, вызванных как межлекарственными взаимодействиями, так и механизмами действия препаратов [1, 2, 9].

Следующими по уровню убедительности рекомендаций при ТР с целью купирования тревоги и вегетативных симптомов могут назначаться коротким курсом бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам, клоназепам, Феназепам и т.д.) [9–11]. Главным преимуществом препаратов данной группы является быстрое снижение интенсивности тревожной симптоматики. Однако перед их назначением необходимо тщательно собрать наркологический анамнез, поскольку пациентам с зависимостью или риском форми-

рования зависимости от психоактивных веществ данное назначение будет не целесообразно. Препараты группы бензодиазепиновых анксиолитиков могут вызвать зависимость и «синдром отмены» при резком прекращении терапии, проявляющийся ухудшением состояния и усилением тревоги. Применение бензодиазепиновых транквилизаторов ограничивается также значимыми нежелательными эффектами – выраженной седацией, головокружением, нарушением координации, снижением концентрации внимания и памяти, нарушением психомоторных функций, симптомами так называемой «когнитивной токсичности». Также не рекомендуется назначать их пожилым пациентам в связи с увеличенным риском нарушений координации и падений. Таким образом, длительность их применения необходимо ограничить 3–4 нед [9–11].

Следует отметить, что в настоящее время на смену бензодиазепиновым транквилизаторам все чаще приходят анксиолитики небензодиазепинового ряда. При оценке соотношения риск/польза у данной группы препаратов по сравнению с бензодиазепинами имеется ряд существенных преимуществ, в частности отсутствие риска формирования зависимости, «когнитивной токсичности» и возможность длительного безопасного назначения. К данному классу относят следующие препараты: гидроксизин, буспирон, этифоксин и фабомотизол. Наиболее изученным в терапевтической практике из данной группы является фабомотизол (Афобазол, Отисифарм, Россия).

Фабомотизол – небензодиазепиновый транквилизатор, по механизму действия является селективным агонистом сигма-1-рецепторов в нервных клетках головного мозга, благодаря чему он восстанавливает физиологическое течение ГАМК-опосредованных процессов торможения в центральной нервной системе, основные клинические эффекты проявляются в виде противотревожного и легкого активирующего эффектов в сочетании с нейропротективным действием. Фабомотизол не вызывает мышечную слабость, сонливость и не обладает негативным влиянием на концентрацию внимания и память, поэтому он безопасен для пожилых пациентов. При его применении не формируются привыкание, лекарственная зависимость и не развивается «синдром отмены». Следует подчеркнуть, что эффективность и безопасность фабомотизола изучены во многих исследованиях у пациентов с ССЗ и широким спектром ТР, в том числе при длительном применении препарата [15–25].

Так, в рандомизированном исследовании показано, что добавление фабомотизола к основной терапии у женщин пожилого возраста с гипертонической болезнью II–III стадии позволяет более эффективно достигать контроля за уровнем АД, подтвержденного данными суточного мониторинга [16]. В наблюдательном исследовании за пациентами с пароксизмальной формой ФП и повышенным уровнем тревоги, проведенном в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», назначение курсовой терапии фабомотизолом в течение 17 нед приводило к достоверному уменьшению частоты развития пароксизмов, укорочению эпизодов аритмии, а также более легкой переносимости пароксизмов, уменьшению количества госпитализаций и обращений за медицинской помощью [15]. В проспективном исследовании с участием 300 пациентов с эссенциальной АГ и повышенным уровнем тревоги было показано, что длительное применение фабомотизола (в дозе 30 мг/сут в течение 4 нед, с повтором курса через каждые 2 мес в течение 1,5 года) сопровождается не только достоверно более выраженным снижением уровня систолического АД, но и уменьшением частоты госпитализаций, связанных с ССЗ,

почти в 3 раза в сравнении с пациентами, получившими только стандартную терапию АГ [22]. В ходе рандомизированного исследования с участием 145 пациентов с ИБС и АГ применение фабомотизола в сравнении с другими седативными средствами (Феназепам или комбинированные растительные препараты с фенобарбиталом) приводило к достоверному снижению числа ангинозных приступов за сутки, уменьшению количества и продолжительности эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда, наджелудочковых экстрасистол и тахикардии (по данным холтеровского мониторингирования), лучшему достижению контроля АД. Анксиолитический эффект фабомотизола, проявлявшийся в уменьшении чувства «дрожи во всем теле» и чувства тревоги, раздражительности, беспокойства и нормализации сна, динамика данных симптомов была более чем в 1,3 раза более выраженной, в сравнении с группой контроля [23].

Длительное применение фабомотизола в течение 26 нед изучали у пациентов с ССЗ (АГ, ИБС, ФП) и сопутствующими тревожно-депрессивными расстройствами. Отмечена достоверная положительная динамика в симптомах сердечно-сосудистой патологии (снижение частоты приступов стенокардии, гипертонических кризов, эпизодов аритмии, обращений к врачам и повторных госпитализаций) по сравнению с контрольной группой, получавшей только стандартную терапию [24]. Также показано, что применение фабомотизола эффективно в том числе и у пациентов с личностными чертами в виде тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости и эмоциональной лабильности, склонности к эмоционально-стрессовым реакциям [25].

Таким образом, полученные в исследованиях результаты демонстрируют целесообразность применения фабомотизола у пациентов с ССЗ и сопутствующими тревожными состояниями как для нормализации психоэмоционального статуса, так и для улучшения течения и прогноза сердечно-сосудистой патологии. Фабомотизол применяется внутрь после еды по 10 мг (1 таблетка) 3 раза в день. Длительность курсового применения препарата составляет 4 нед, однако, при необходимости, суточную дозу препарата можно увеличить до 60 мг, а длительность лечения – до 3 мес.

Следует подчеркнуть, что пациентам с ТР при назначении препаратов рекомендована оценка их эффективности и переносимости, которая проводится на 7–14–28-й дни терапии и далее 1 раз в месяц до окончания курса лечения с целью своевременной коррекции проводимого лечения [9–11]. Также с целью более эффективного и стойкого снижения тревоги пациентам с ТР могут рекомендоваться различные виды психотерапии в комбинации с фармакотерапией. Наиболее часто при лечении ТР применяется методика когнитивно-поведенческой терапии. Когнитивный подход способствует постепенным изменениям в моделях мышления, а поведенческий подход включает обучение пациентов глубокому расслаблению и помогает снизить чувствительность к триггерам, вызывающим тревогу. Для достижения эффекта психотерапия должна осуществляться еженедельно на протяжении как минимум 8 нед.

Таким образом, ТР представляют собой один из ключевых модифицируемых психосоциальных факторов, являющихся независимыми факторами риска развития ССЗ, а также неблагоприятных исходов и смерти от сердечно-сосудистых осложнений. Поэтому их выявление и своевременная коррекция в повседневной клинической практике терапевта и кардиолога являются важным условием эффективного лечения. Применение надежных и безопасных лекарственных средств для эффективной коррекции тревоги, например таких как фабомотизол, может стать перспективной стратегией ведения пациентов с ССЗ.

Раскрытие интересов. Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The author declares that she has no competing interests.

Вклад авторов. Автор декларирует соответствие своего авторства международным критериям ICMJE.

Author's contribution. The author declares the compliance of her authorship according to the international ICMJE criteria.

Источник финансирования. Автор декларирует отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The author declares that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список сокращений

АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
ГТР – генерализованное тревожное расстройство
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ПР – паническое расстройство
РА – расстройство адаптации
СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ТР – тревожное расстройство
ТФР – тревожно-фобическое расстройство
ФП – фибрилляция предсердий

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(4):3235 [Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. 2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(4):3235 (in Russian)]. DOI:10.15829/1728-8800-2022-3235
2. Драпкина О.М., Шишкова В.Н., Котова М.Б. Психоэмоциональные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний в амбулаторной практике. Методические ре-

комендации для терапевтов. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(10):3438 [Drapkina OM, Shishkova VN, Kotova MB. Psychoemotional risk factors of chronic non-communicable diseases in outpatient practice. Methodological recommendations for therapists. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(10):3438 (in Russian)]. DOI:10.15829/1728-8800-2022-3438

3. Шальнова С.А., Евстифеева С.Е., Деев А.Д., и др. 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):52-9 [Shal'nova SA, Evstifeeva SE, Deev AD, et al. The

- prevalence of anxiety and depression in different regions of the Russian Federation and its association with sociodemographic factors (according to the data of the ESSE-RF study) *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2014;86(2):52-9 (in Russian)]. DOI:10.17116/terarkh2014861253-60
4. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б., и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС. *Кардиология*. 2004;44(1):48-54 [Oganov RG, Olbinskaya LI, Smulevich AB, et al. Depressions and disorders of depressive spectrum in general medical practice. Results of the COMPAS program. *Kardiologiya*. 2004;44(1):48-54 (in Russian)].
 5. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Н.В., и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования. *Кардиология*. 2005;45(11):4-11 [Chazov EI, Oganov RG, Pogosova NV. Clinico-epidemiological program of the study of depression in cardiological practice in patients with hypertension and ischemic heart disease (KOORDINATA): first results of multicenter study. *Kardiologiya*. 2005;45(11):4-11 (in Russian)].
 6. Погосова Н.В., Соколова О.Ю., Юферева Ю.М., и др. Психосоциальные факторы риска у больных АГ/ИБС: первые результаты российского многоцентрового исследования КОМЕТА. *Кардиология*. 2018;59(8):54-63 [Pogosova NV, Sokolova OYu, Yufereva YuM, et al. Psychosocial risk factors in patients with most common cardiovascular diseases such as hypertension and coronary artery disease (based on results from the Russian multicenter COMET study). *Kardiologiya*. 2018;59(8):54-63 (in Russian)]. DOI:10.18087/cardio.2019.8.n469
 7. Шишкова В.Н., Имамгаззова К.Э., Капустина Л.А. Коррекция психоэмоциональных нарушений и краткосрочный прогноз у пациентов с COVID-19. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(5):63-8 [Shishkova VN, Imamgayazova KE, Kapustina LA. Correction of psychoemotional disorders and short-term prognosis in patients with COVID-19. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2022;122(5):63-8 (in Russian)]. DOI:10.17116/jnevro202212205163
 8. Шишкова В.Н. Когнитивные и эмоциональные нарушения у пациентов с хронической сердечной недостаточностью: перспективы выявления и коррекции. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(3):87-93 [Shishkova VN. Cognitive and emotional disorders in patients with chronic heart failure: prospects for detection and correction. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(3):87-93 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2022-3-87-93
 9. Психиатрия. Национальное руководство. Под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020 [Psikhiatriia. Natsional'noe rukovodstvo. Pod red. IuA Aleksandrovsogo, NG Neznanova. Moscow: GEOTAR-Media, 2020 (in Russian)].
 10. Российское общество психиатров. Клинические рекомендации. Генерализованное тревожное расстройство. М., 2021 [Rossiiskoie obshchestvo psikhiatrov. Klinicheskiye rekomendatsii. Generalizovannoe trevozhnoe rasstroystvo. Moscow, 2021 (in Russian)].
 11. Российское общество психиатров. Клинические рекомендации. Тревожно-фобические расстройства. М., 2021 [Rossiiskoie obshchestvo psikhiatrov. Klinicheskiye rekomendatsii. Trevozhno-fobicheskiye rasstroistva. Moscow, 2021 (in Russian)].
 12. Kim JM, Stewart R, Kang HJ, et al. Long-term cardiac outcomes of depression screening, diagnosis and treatment in patients with acute coronary syndrome: the DEPACS study. *Psychol Med*. 2021;51(6):964-74. DOI:10.1017/S003329171900388X
 13. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Arch Intern Med*. 2006;166:1092-7. DOI:10.1001/archinte.166.10.1092
 14. Татарский Б.А., Бисерова И.Н. Использование Афобазола при лечении пароксизмальной формы фибрилляции предсердий. *Русский медицинский журнал*. 2007;9:760-6 [Tatarsky BA, Biserova IN. The use of Afobazole in the treatment of paroxysmal atrial fibrillation. *Russian Medical Journal*. 2007;9:760-6 (in Russian)].
 15. Калинина С.Ю. Влияние анксиолитика Афобазола на эффективность лечения гипертонической болезни у пожилых женщин. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева*. 2009;4:37-42 [Kalinina SYu. The influence of the anxiolytic Afobazole on the effectiveness of treatment of hypertension in elderly women. *Review of Psychiatry and Medical Psychology Bekhtereva*. 2009;4:37-42 (in Russian)].
 16. Медведев В.Э., Троснова А.П., Добровольский А.В. Психотерапевтическая терапия тревожных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: применение афобазола. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2007;107(7):25-9 [Medvedev VE, Trosnova AP, Dobrovolsky AV. Psychopharmacotherapy of anxiety disorders in patients with cardiovascular diseases: the use of afobazole. *Journal of Neurology and Psychiatry named after SS Korsakov*. 2007;107(7):25-9 (in Russian)].
 17. Жидких Б.Д., Колесникова О.Е., Барбашина Т.А., и др. Влияние Афобазола на качество жизни кардиологических больных в процессе стационарного лечения. *Русский медицинский журнал*. 2007;16:1241-5 [Zhikhikh BD, Kolesnikova OE, Barbashina TA, et al. The influence of Afobazole on the quality of life of cardiac patients during inpatient treatment. *Russian Medical Journal*. 2007;16:1241-5 (in Russian)].
 18. Жидких Б. Эффективность Афобазола в лечении кардиологических больных. *Врач*. 2014;25(8):32-7 [Zhikhikh B. The effectiveness of Afobazole in the treatment of cardiac patients. *Vrach*. 2014;25(8):32-7 (in Russian)].
 19. Подхомутников В.М. Применение Афобазола у больных с инфарктом миокарда. *Consilium Medicum*. 2007;2(4):35-6 [Podkhomutnikov VM. The use of Afobazole in patients with myocardial infarction. *Consilium Medicum*. 2007;2(4):35-6 (in Russian)].
 20. Свищенко Е.П. Опыт применения препарата Афобазол у пациентов с гипертонической болезнью и паническими атаками. *Внутренняя медицина*. 2008;4(10) [Svishchenko EP. Experience of using the drug Afobazole in patients with hypertension and panic attacks. *Internal Medicine*. 2008;4(10) (in Russian)].
 21. Чумакова Е.А., Гапонова Н.И., Березина Т.Н. Оценка эффективности применения терапии Афобазолом в комплексном лечении больных артериальной гипертензией. *Российский кардиологический журнал*. 2014;19(2):89-95 [Chumakova EA, Gaponova NI, Berezina TN. Evaluation of the effectiveness of Afobazole therapy in the complex treatment of patients with arterial hypertension. *Russian Journal of Cardiology*. 2014;19(2):89-95 (in Russian)]. DOI:10.15829/1560-4071-2014-2-89-95
 22. Мельник М.Г., Канорский С.Г., Богочанова О.А., и др. Оценка краткосрочных эффектов Афобазола у геронтрических больных с сочетанными психосоматическими заболеваниями. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2014;16(4):46-51 [Melnik MG, Kanorsky SG, Bogochanova OA, et al. Evaluation of short-term effects of Afobazole in geriatric patients with combined psychosomatic diseases. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2014;16(4):46-51 (in Russian)].
 23. Медведев В.Э. Терапия тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2015;17(1):22-30 [Medvedev VE. Therapy of anxiety-depressive disorders in patients with therapeutic profile. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2015;17(1):22-30 (in Russian)].
 24. Акарачкова Е.С., Шварков С.Б., Мамий В.И. Афобазол в терапии вегетативных проявлений тревоги и дезадаптации у больных неврологической и общесоматической практики. *Русский медицинский журнал*. 2007;15(2):100-6 [Akarachkova ES, Shvarkov SB, Mamiy VI. Afobazol in the therapy of vegetative manifestations of anxiety and maladaptation in patients with neurological and general somatic practice. *Russian Medical Journal*. 2007;15(2):100-6 (in Russian)].
 25. Классификация психических расстройств по МКБ-10. F4 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства. ФГБНУ НЦПЗ. Режим доступа: <https://ncpz.ru/lib/1/book/14/chapter/6>. Ссылка активна на 25.02.2023 [Klassifikatsiya psikhicheskikh rasstroistv po MKB-10. F4 Nevroticheskie, svyazannye so stressom, i somatoformnye rasstroistva. FGBNU NTsPZ. Available at: <https://ncpz.ru/lib/1/book/14/chapter/6>. Accessed: 25.02.2023 (in Russian)].



OMNIDOCTOR.RU

Статья поступила в редакцию /
The article received: 28.02.2023