



Лечение наиболее распространенных психических расстройств у кардиологических пациентов: место современных ноотропных препаратов

В.Э.Медведев
НЦПЗ РАМН

Актуальность проблемы

Одними из самых распространенных психопатологических состояний у пациентов с соматической патологией, особенно среди больных амбулаторных медицинских учреждений, являются невротические, связанные со стрессом и соматизированные тревожные расстройства. Так, кардиофобии диагностируются у 80% больных общемедицинской практики, обращающихся по поводу болей в области сердца. У госпитализированных пациентов с ишемической болезнью сердца ипохондрические реакции выявляются в среднем в 28,2% случаев, соматизированные – в 3%.

Фармакоэкономические исследования свидетельствуют о том, что 1/3 от всех затрат на терапию психических заболеваний приходится на лечение тревоги.

С какими симптомами психических расстройств наиболее часто сталкиваются терапевты поликлиник?

По данным современных исследований, врачи общей практики наиболее часто встречаются с начальными или развернутыми симптомами тревожно-фобических, панических, соматизированных и ипохондрических расстройств.

Возникновение тревожных расстройств может быть обусловлено наличием как острого или хронического психического заболевания (циклотимия, дистимия, психозы), так и психотравмирующей ситуации (нестабильность в сфере профессиональной трудовой деятельности – конфликты с начальством, смена места работы, понижение должностного статуса, необходимость решения нестандартных задач, расширение круга обязанностей; семейные неурядицы – развод, смерть близкого). Особое значение

имеют психопатологические расстройства, развивающиеся в результате эмоционально неблагоприят-

ного воздействия соматического, в том числе сердечно-сосудистого заболевания.

Пантогам®

Пантогам актив® – новые возможности ноотропной терапии

Активная работа мысли

▲ АКТИВИРУЕТ
УМСТВЕННУЮ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
И РАБОТОСПОСОБНОСТЬ

▲ УМЕНЬШАЕТ МОТОРНУЮ
ВОЗБУДИМОСТЬ

▲ УПОРЯДОЧИВАЕТ
ПОВЕДЕНИЕ





Фобические расстройства характеризуются тревогой и страхами, возникающими преимущественно или исключительно в определенных ситуациях, которые в текущее время не являются опасными (контакты с животными, явления природы). У кардиологических больных диагностируются страхи возникновения острых ургентных состояний или декомпенсации хронического заболевания (кардиофобия, инсультофобия).

Паническое расстройство реализуется повторяющимися соматовегетативными приступами с разнообразными неприятными ощущениями в теле (учащенное сердцебиение, боли в груди, чувство нехватки воздуха, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, «онемение» и/или похолодание конечностей, повышенная потливость и т.д.).

Обычно подобные панические атаки сопровождаются вторичным страхом смерти, а также опасениями потерять самоконтроль или «сойти с ума». У пациентов постепенно формируется «избегающее» поведение, направленное на исключение соприсношения с факторами, провоцирующими, по мнению больного, психопатологические состояния (например, вид крови, замкнутые, многолюдные пространства, плохо проветриваемые помещения и т.д.).

Основным признаком **соматизированного расстройства** (кардионевроз, синдром гипервентиляции) является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся телесных симптомов, аналогичных таковым при реальной сердечно-сосудистой патологии, но не имеющих установленной объективными методами обследования органически неполноценной почвы.

Ипохондрическое расстройство проявляется чрезмерной и утрированной озабоченностью своим здоровьем, убежденностью в существовании того или иного заболевания (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, аритмии), соответствующей интерпретацией телесных ощущений вопреки мнению врачей и объективным данным медицинских обследований. При этом степень убежденности в наличии соматического заболевания может быть разной или меняться с течением времени, достигая уровня психотических расстройств (паранойяльная, бредовая убежденность).

В случае развития ипохондрического расстройства больные часто посещают врачей разных специаль-



Режим дозирования лекарственного препарата

Пантогам актив

Пантогам актив является новым ноотропным препаратом. По химической структуре Пантогам актив (рац-гопантенная кислота) представляет собой (RS)-4-[(2,4-дигидрокси-3,3-диметилбутирил)амино]бутират кальция (2:1) (кальциевая соль RS-N-пантоил-гамма-аминомасляной кислоты) и образован смесью равных количеств R- и S-изомеров. Спектр действия Пантогама актив обусловлен наличием в его структуре гамма-аминомасляной кислоты. Препарат обладает ноотропным и противосудорожным действием, повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсических веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах, активизирует умственную и физическую работоспособность, имеет мягкое противотревожное и выраженное противоастеническое действие.

Представлена краткая информация производителя по дозированию лекарственных средств у взрослых. Перед назначением препарата внимательно читайте инструкцию.

ностей, настаивают на повторных консультациях, проведении дорогостоящих исследований, драматизируют результаты обследований, занимают самолечением, посещают экстрасенсов, знахарей.

Что такое нозогении?

К категории спровоцированной соматическим заболеванием психической патологии относятся нозогении. Нозогенные тревожные и/или депрессивные реакции формируются взаимодействием двух основных факторов: психогенного (представления о неизлечимости болезни, страх грядущей потери трудоспособности) и биологического (объективно тяжелые или субъективно труднопереносимые проявления болезни).

В зависимости от длительности нозогении в общей медицинской сети представлены ипохондрическими реакциями и развитиями.

Умение врача распознать психопатологические симптомы

Умение врача общей практики вовремя распознать у пациента на фоне сердечно-сосудистой патологии психопатологические симптомы является решающим в диагностике и определяющим дальнейшую тактику терапии.

К наиболее частым общим симптомам тревоги принято относить чувство беспокойства и нервозности, раздражительность, возбуждение и неусидчивость, непроизвольные движения, нетерпеливость, тревожные мысли, снижение концентрации внимания, нарушения сна, ночные кошмары.

Среди вегетативных симптомов тревоги преобладают тахикардия, приступы жара и озноба, потливость, похолодание конечностей, гипергидроз, сухость во рту, ощущение

«кома» в горле, чувство нехватки воздуха, диарея, учащенное мочеиспускание, головокружение, тремор и т.д.

Синдромально не завершённые тревожные расстройства: в чем их опасность?

Основную часть амбулаторных соматических больных, страдающих коморбидными тревожными расстройствами, составляют пациенты с двумя и более субсиндромальными общими и/или вегетативными симптомами тревоги. Однако наличия этих симптомов может быть недостаточно для диагностики по Международной классификации болезней 10-го пересмотра какого-либо тревожного расстройства. Такие субсиндромальные тревожные состояния могут длительно персистировать, а часто, утяжеляясь, достигать клинически выраженных тревожных синдромов.

Изучение качества жизни пациентов с субсиндромальной тревогой демонстрирует, что по параметрам профессиональной и социальной активности снижение качества жизни у них сопоставимо с пациентами, имеющими развернутое тревожное расстройство, и достоверно хуже по сравнению со здоровыми лицами. Таким образом, синдромально не завершённые тревожные расстройства, благодаря значительной распространенности в популяции, наносят вред обществу, сопоставимый с дезадаптирующим влиянием развернутых тревожных расстройств.

Действия врача общей практики при наличии у пациента тревожных расстройств

В настоящее время, заподозрив наличие у пациента невротического,



связанного со стрессом или соматизированного тревожного расстройства, врач (терапевт, кардиолог) направляет больного на консультацию к специалисту – психиатру или психоневрологу.

При лечении тревожных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями используют все классы традиционно применяемых в психиатрии психотропных препаратов.

Для купирования данных психопатологических состояний в общей медицинской сети широко используются анксиолитики.

На современном этапе развития психофармакотерапии наиболее часто назначаются производные бензодиазепина. Однако их применение осложняется рядом нежелательных эффектов: симптомами поведенческой токсичности (дневная сонливость, замедление когнитивных процессов, снижение остроты реакций, внимания и памяти), аддиктивными свойствами (привыкание, зависимость, злоупотребление).

Помимо этого, бензодиазепиновые анксиолитики могут оказывать угнетающее воздействие на дыхательный центр и снижать сократимость миокарда, что осложняет их применение у соматических больных с соответствующей патологией. Кроме того, для ряда бензодиазепиновых анксиолитиков доказано взаимодействие с некоторыми соматотропными препаратами (α -адреномиметиками, α - и β -адреноблокаторами, блокаторами кальциевых каналов, ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента, производными метилксантина и др.). Такие взаимодействия приводят к побочным эффектам, что в конечном нивелирует их эффективность. Например, одновременный прием отдельных препаратов бензодиазепинового ряда с клонидином и пропранололом усиливает гипотензивный эффект и оказывает угнетающее действие на центральную нервную систему. Комбинирование бензодиазепинов с фентоламином, тропafenом, индорамином вызывает рефлекторную тахикардию и увеличение адренолитического эффекта вплоть до развития тяжелой гипотензивной реакции и т.д.

В связи с высоким риском развития побочных эффектов и лекарственной зависимости эксперты Всемирной организации здравоохранения рекомендуют назначать эти препараты на срок не более 1 мес, а перед их назначением рассмотреть возможности альтернативной терапии. В последние годы существует

отчетливая тенденция к использованию низких дозировок бензодиазепинов короткими курсами. Предпочтение же отдается анксиолитикам небензодиазепинового ряда или антидепрессантам, обладающим противотревожным эффектом.

Ноотропы в лечении невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств

Согласно ранговой оценке одними из наиболее часто употребляемых медикаментов, наряду с анксиолитиками и антидепрессантами, являются ноотропы (2–3-е место).

Ноотропы традиционно считаются средствами, положительно влияющими на когнитивные функции, усиливающими процессы запоминания, повышающими устойчивость мозга к гипоксии (церебропротекторное действие) и экстремальным нагрузкам.

Ноотропные препараты применяют для лечения соматогенных астенических состояний, а также для купирования и профилактики кардионевротического и неврастенического (артериальная гипотензия, головокружения, обмороки, раздражительная слабость) симптомокомплексов.

В то же время клинические наблюдения и данные немногочисленных исследований свидетельствуют о более широком спектре психофармакологического действия (например, анксиолитического) отдельных ноотропных препаратов (пантогам, фенибут).

Клиническое исследование Пантогама актив

В результате проведенного в отделе по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ РАМН и межклиническом психосоматическом отделении клиники кардиологии ММА им. И.М.Сеченова исследования на ограниченной по числу наблюдений выборке больных (с широким спектром невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств) кардиологического стационара ($n=30$) получены данные об эффективности и безопасности Пантогама актив в средней дозе 1,8 г/сут.

Установлено, что препарат обеспечивает редукцию психопатологической симптоматики у пациентов с астеническими, тревожно-ипохондрическими и соматоформными расстройствами. Терапевтический эффект реализуется быстро:

клинически значимое уменьшение выраженности психопатологических нарушений наряду с общим улучшением самочувствия пациентов начинается к концу 1-й недели терапии.

При терапии тревожно-депрессивных расстройств препарат оказался менее эффективен и фактически неэффективен при купировании и профилактике панических состояний.

Важно отметить, что у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями Пантогам актив обнаруживал благоприятный профиль переносимости и безопасности, не оказывал влияния на основные гемодинамические показатели.

Прекращение приема препарата не сопровождалось развитием синдрома отмены.