

УДК 616.8-003.9-07:612.67:355

Н.К. МУРАШКО, д. мед. н., професор

/Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев/

## Психофармакотерапия кардионеврологических больных

### Резюме

#### Психофармакотерапія кардіоневрологічних хворих

Н.К. Мурашко

Протягом останніх десятиліть у науковій літературі наводяться дані про позитивний вплив на перебіг і прогноз серцево-судинних захворювань своєчасно розпочатого лікування супутніх психопатологічних розладів. Тривалість профілактичної психофармакотерапії у цих пацієнтів визначається, в першу чергу, динамікою психопатологічних розладів. Психотерапевтичне втручання має відповідати вимогам «суб'єктивної адекватності» та особливостям внутрішньої картини хвороби, очікуванням хворого, його можливостям осмислення, інтелектуальному і освітньому рівню.

**Ключові слова:** психофармакотерапія, кардіоневрологічні хворі, серцево-судинні захворювання, діагностика, лікування

### Summary

#### Psychotherapeutic Intervention in Cardioneurology Patients

N. Murashko

Over the past decades in the scientific literature shows the positive impact on the course and prognosis disease treated early concomitant psychopathological disorders. Duration of preventive and acute pharmacotherapy in these patients is determined, first of all, the dynamics of psychopathological disorders. Psychotherapeutic intervention must meet the requirement of «subjective adequacy» and match features an internal picture of the disease, the patient's expectations, understanding its capabilities, intellectual and educational level.

**Key words:** psychopharmacotherapy, cardioneurology patients, diagnosis, treatment

На протяжении последних десятилетий в научной литературе приводятся данные о положительном влиянии на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) своевременно начатого лечения сопутствующих психопатологических расстройств. Например, при назначении некоторых антидепрессантов и атипичных антипсихотиков больным гипертонической болезнью, протекающей с психогенно спровоцированными подъемами артериального давления (АД), отмечается снижение среднего «рабочего» АД и уменьшение частоты подъемов АД [1]. Применение бензодиазепиновых анксиолитиков не только способствует редукции соматовегетативных расстройств у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП), но и позволяет добиться положительных результатов при профилактике приступов ФП [2, 3]. Необходимо заметить, что значительная часть подобных исследований проводится кардиологами-терапевтами не только совместно с психиатрами, но и самостоятельно. Столь смелое применение психофармакотерапии для купирования и профилактики психопатологических расстройств у больных с ССЗ стало возможным после публикации «Руководства по первичной медико-санитарной помощи» (2006), где указывается, что «лечение легкой и умеренно-тяжелой депрессии проводит врач общей практики (семейный врач), тяжелой депрессии (особенно при наличии суицидальных мыслей) – психиатр» [4]. Для установки предвари-

тельного диагноза «депрессивное состояние» врачу-клиницисту необходимо, как минимум, осведомиться об общем настроении больного, о наличии стрессогенной ситуации в недавнем прошлом или в текущий момент.

Оставляя вне рамок данной публикации обсуждение вопроса о необходимости достаточной профессиональной квалификации не только для постановки первичного диагноза и назначения психофармакотерапии, но и дальнейшего динамического наблюдения неврологического и кардиологического больного с психопатологическим расстройством, представляется необходимым остановиться на принципах подбора эффективной монопсихофармакотерапии. Среди психотропных препаратов в кардиологии применяются средства, в наибольшей мере соответствующие таким требованиям, как минимальная выраженность нежелательных, в том числе нейротропных и соматотропных эффектов и признаков поведенческой токсичности, низкая вероятность неблагоприятных взаимодействий с кардиологическими препаратами, простота использования (возможность назначения фиксированной дозы или минимальная потребность в ее титрации) [5]. И антидепрессантов – препаратов, нормализующих гипотимический (депрессивный) аффект и способствующих редукции обусловленных депрессий когнитивных, двигательных и соматовегетативных проявлений – в кардиологической клинике,

как правило, используют селективные средства последних поколений (ингибиторы обратного захвата серотонина, серотонина и норадреналина, агонист мелатонина и антагонист серотонина, обратимые ингибиторы моноаминоксидазы) [6]. Назначение антипсихотиков (нейролептики) больным ССЗ направлено на снижение психомоторной активности и возбуждения, а также нивелирование соматоформных расстройств. Анксиолитики (транквилизаторы) назначают для профилактики и/или купирования тревожно-фобических расстройств с/без панических атак и ипохондрических фобий, нозогенных реакций и развитий, ипохондрических и истерических депрессий. Транквилизаторы и гипнотики применяют для лечения стойкой диссомнии [7]. Нейропротекторы, обладающие широким спектром психофармакотерапевтической активности, включающим не только прямое активирующее действие на когнитивные функции (обучение, память, умственная деятельность и т.д.), но и церебропротекторный, анксиолитический, стимулирующий и другие эффекты, применяют у больных ССЗ для профилактики и лечения соматогений, астенических депрессий, астенических и гиперсомнических состояний. При использовании психотропных средств рекомендовано начинать и придерживаться монотерапевтического подхода, назначения лекарственных средств в малых дозах, постепенного увеличения суточного количества препарата для установления индивидуальной переносимости и предотвращения нежелательных явлений. Продолжительность профилактической и купирующей психофармакотерапии у пациентов с ССЗ определяется, в первую очередь, динамикой психопатологических расстройств [7].

## Характеристика тревожных расстройств

Тревога – это неприятное эмоциональное состояние, характеризующееся ожиданием неблагоприятного развития событий, наличием дурных предчувствий, страха, напряжения и беспокойства. Тревога отличается от страха тем, что состояние тревоги обычно беспредметно, в то время как страх предполагает наличие вызывающего его объекта, человека, события или ситуации.

Тревожность – это склонность человека к переживанию состояния тревоги. Чаще всего тревожность человека связана с ожиданием социальных последствий его успеха или неудачи. Тревога и тревожность тесно связаны со стрессом. С одной стороны, эмоции тревожного ряда являются симптомами стресса. С другой стороны, исходный уровень тревожности определяет индивидуальную чувствительность к стрессу.

Тревожными расстройствами называют группу неврозов, связанных с необоснованным и дестабилизирующим чувством страха и напряжения без какой-либо определенной причины.

Паническое расстройство – внезапный беспричинный интенсивный страх, достигающий максимума в течение нескольких минут и не связанный с пугающими ситуациями или предметами. Частые симптомы – страх сойти с ума, потерять самообладание, страх смерти или того, что сейчас может произойти что-то ужасное, тахикардия, затруднение дыхания на вдохе, чувство нехватки воздуха, приступы дурноты и головокружения.

## Симптомы тревожных расстройств

Вегетативные симптомы:

- усиленное или учащенное сердцебиение;
- потливость;
- тремор или дрожь;
- сухость во рту (но не от лекарств или дегидратации).

Симптомы, относящиеся к груди и животу:

- затруднения в дыхании;
- чувство удушья;
- боль или дискомфорт в груди;
- тошнота или абдоминальный дистресс (например жжение в желудке).

Симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

- чувство головокружения, неустойчивости или обморочности;
- чувства, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «по-настоящему находится не здесь»;
- страх потери контроля, сумасшествия;
- страх наступающей смерти, страх умереть.

Общие симптомы:

- приливы жара или ознобы;
- онемение или ощущение покалывания.

Симптомы напряжения:

- мышечное напряжение или боль;
- беспокойство и неспособность к релаксации;
- чувство нервозности, «на взводе» или психического напряжения;
- ощущение комка в горле или затруднения при глотании.

Другие неспецифические симптомы:

- усиленное реагирование на неожиданности или на испуг;
- затруднения в сосредоточении внимания или «пустота в голове» из-за тревоги или беспокойства;
- постоянная раздражительность;
- затрудненное засыпание из-за беспокойства.

## Методы фармакотерапии

1. Бензодиазепиновые анксиолитики.
2. Небензодиазепиновые анксиолитики.
3. Трициклические антидепрессанты.
4. Ингибиторы моноаминоксидазы.
5. Ингибиторы обратного захвата серотонина.
6. Блокаторы  $\beta$ -адренорецепторов.

Транквилизаторы (анксиолитики, атарактики) – препараты, которые оказывают анксиолитическое, седативное, снотворное и миорелаксирующее действие и эффективно уменьшают выраженность тревоги, страха, беспокойства и эмоционального напряжения.

Бензодиазепиновые транквилизаторы:

- алпразолам (Alprazolam);
- бромазепам (Bromazepam);
- гидазепам (Hydazepam);
- диазепам (Diazepam);
- дикалия клоразепат (Dipotassium Clorazepate);

- клобазам (Clobazam);
- лоразепам (Lorazepam);
- медазепам (Medazepam);
- оксазепам (Oxazepam);
- темазепам (Temazepam);
- тетразепам (Tetraazepam);
- тофизопам (Tofisopam);
- феназепам (Phenazepam);
- хлордiazепоксид (Chlordiazepoxide);
- эстазолам (Estazolam).

Небензодиазепиновые транквилизаторы:

- буспирон (Buspirone);
- гидроксизин (Hydroxyzine);
- мепробамат (Meprobamate);
- мексикал (Mebicar).

При назначении бензодиазепиновых транквилизаторов пациентам с тревожными расстройствами в общемедицинской сети необходимо придерживаться следующих принципов.

1. Назначать транквилизаторы в минимальных терапевтических дозах. При этом доза подбирается индивидуально (с учетом особенностей реагирования пациента на препарат, а также возраста). Титрация дозы до терапевтической проводится постепенно. Примерные дозы транквилизаторов для терапии тревожных расстройств в общей практике приведены в таблице.
2. С целью профилактики синдрома отмены рекомендуется постепенное снижение дозы препарата перед его окончательной отменой.
3. Во избежание формирования привыкания и зависимости транквилизаторы назначаются коротким курсом, длительность которого следует ограничить 1–2 месяцами. В случаях, когда требуется большая длительность приема, а также при наличии сопутствующей депрессивной симптоматики рекомендуется применение современных антидепрессантов.

Последние эффективны также при лечении тревожно-фобических состояний, панических расстройств.

Фенибут является производным естественного для организма вещества ГАМК и обладает мягкой транквилизирующей активностью, уменьшает ощущение напряженности, тревоги, страха, его назначают при неврозах, психопатических состояниях, вегетативных нарушениях, а также в конце курса лечения другими, более сильными транквилизаторами незадолго перед их отменой для длительной поддерживающей терапии. Снотворного действия фенибут не оказывает, но ускоряет процесс засыпания и несколько удлиняет сон, не нарушая его структуры, при этом усиливает действие снотворных препаратов.

Фенибут как производное ГАМК обладает также ноотропными свойствами и является адаптогеном: проявляет антигипоксические свойства, способствует повышению неспецифической резистентности организма. Активирующие и ноотропные свойства фенибута особенно отчетливо выявляются у лиц пожилого возраста: расширяется круг интересов, активизируется деятельность, уменьшаются явления астении. Фенибут – нейрпсихотропный препарат, который был открыт и внедрен в клиническую

**Таблица.** Суточные дозы ряда бензодиазепиновых транквилизаторов для применения в общемедицинской сети

Препарат	Начальная доза	Терапевтическая доза
Диазепам (Диазепам, Седуксен, Сибазон, Реланиум)	5–10 мг	10–20 мг
Лоразепам (Лорафен)	1–2 мг	2–4 мг
Феназепам	0,5–1 мг	1–2 мг
Медазепам (Рудотель)	10–15 мг	20–30 мг
Алпразолам (Ксанакс, Алзолам, Хелекс)	0,25–0,5 мг	1–2 мг
Нитразепам (Радедорм)	2,5–5 мг	5–10 мг
Тофизепам (Грандаксин)	50–100 мг	100–150 мг

практику в России в еще в 1960 году. Он имеет анксиолитическое и ноотропные эффекты, действует как ГАМК-миметик, стимулирует рецепторы дофамина и противодействует β-фенилэтиламину. В работе I. Lapiņ [8] структурно рассматривается активность отношения препарата фенибут и его производных. Особое внимание уделено важности положения фенильного кольца, роль карбоксильной группы, а также активность оптических изомеров. Показана эффективность использования фенибута для снятия напряжения, тревоги и страха, улучшения сна у психосоматических или невротических пациентов, в пред- и послеоперационный период лечения. Препарат также используется в терапии астений и депрессий, а также при посттравматическом стрессе, заикании и вестибулярных расстройствах. Рекомендованная схема использования препарата фенибут: внутрь, до еды, взрослым – по 250–500 мг 3 раза в сутки. Максимальная разовая доза препарата фенибут для взрослых – 750 мг, людей старше 60 лет – 500 мг. Курс лечения составляет 4–6 недель.

Важнейший этап психотерапевтического процесса – формирование более адекватной позиции пациента по отношению к заболеванию посредством проведения когнитивно-поведенческой психотерапии, ориентированной на выработку у пациента позиции активного соучастия в процессе лечения и профилактики обострений ССЗ (ограничение нагрузки, соблюдение схемы терапии, диеты и т.п.). По данным литературы для профилактики психогенной провокации обострений ССЗ также особое значение имеет распознавание индивидуальной восприимчивости к тем или иным стрессовым воздействиям, в первую очередь – определение обладающего высокой личностной значимостью психогенного триггера. Выбор конкретного метода психотерапии основывается, прежде всего, на соображениях удобства применения, экономичности и доступности для больного. Так, психотерапевтическое вмешательство должно отвечать требованию «субъективной адекватности» и соответствовать особенностям внутренней картины болезни, ожиданиям больного, его возможностям осмысления, интеллектуальному и образовательному уровню.

## Список использованной литературы

1. Головачева Т.В., Скворцов В.В., Скворцов К.Ю. К вопросу о безопасности применения антидепрессантов в кардиологической практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – №4. – С. 23–28.
2. Недоступ А.В., Соловьева А.Д., Санькова Т.А. Психовегетативные соотношения у больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии // Терапевт. архив. – 2001. – №9. – С. 55–61.
3. Недоступ А.В., Федорова В.И., Линевиц А.Ю. и др. Тревожно-депрессивные и нейромедиаторные нарушения у больных гипертонической болезнью, влияние на них терапии ципрамилом // Терапевт. архив. – 2005. – №11. – С. 55–62.
4. Федорец В.Н., Радченко В.Г., Скоромец А.А. Психосоматические аспекты лечения больных ишемической болезнью сердца с поведенческим типом А // Клиническая медицина. – 2004. – №5. – С. 54–56.
5. Никитина Ю.М., Копылов Ф.Ю., Медведев В.Э. Факторы комплаентности больных ишемической болезнью сердца // Антибиотики и химиотерапия. – 2009. – №3–4 (спецвыпуск). – С. 185.
6. Медведев В.Э. Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях // Consilium Medicum. – Кардиология. – 2010. – №5. – С. 141–144.
7. Медведев В.Э., Морозов П.В. Особенности применения снотворных препаратов у больных с кардиологической патологией // Актуальные вопросы болезней сердца и сосудов. – 2006. – №2 (т. 1). – С. 50–52.
8. Lapin I. Phenibut (beta-phenyl-GABA): a tranquilizer and nootropic drug // CNS Drug Rev. – 2001. – Vol. 7 (4). – P. 471–481.

# Насолодуйтесь спокоем!



①



### Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.

**ФЕНИБУТ.** Р.п. МОЗ України № УА/11182/01/01 від 08.11.2010 р. Склад: 1 таблетка містить фенібуту ( $\gamma$ -аміно- $\beta$ -фенілоліної кислоти гідрохлорид), в перерахунку на 100 % речовину – 250 мг, допоміжні речовини: целюлоза мікрористалічна, кремнію діоксид колоїдний (аеросил), натрію крохмаль гліколят (карбоксиметил-крохмаль), кальцію стеарат. **Фармакотерапевтична група:** психостимулюючі та ноотропні засоби. **Показання для застосування:** зниження інтелектуальної та емоційної активності, порушення пам'яті, зниження концентрації уваги; астеничний та тривожно-неврологічний стан, неспокій, тривога, страх; людям літнього віку – при безсонні, нічному неспокої; профілактика стресових станів, що виникають перед хірургічними втручаннями і болючими діагностичними дослідженнями; у комбінації з дезінтоксикаційними засобами для лікування алкогольних переділіріозних і деліріозних станів; в комплексній терапії при лікуванні алкоголізму для купірування психопатологічних і соматовегетативних розладів при абстинентному синдромі; хвороба Меньєра, запаморочення, пов'язані з дисфункцією вестибулярного апарату судинного, травматичного та інфекційного генезу (отогенний лабіринт); для профілактики захитування при кінетозах; комплексне лікування жінок з остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта та кліматеричними розладами. У дітей – заїкання, енурез, тик. **Протипоказання:** підвищена індивідуальна чутливість до препарату, вагітність, годування груддю, гостра ниркова недостатність. **Виробник:** ЗАТ «Обнінська хіміко-фармацевтична компанія». Російська Федерація, 249036, Калузька обл., м. Обнінськ, вул. Корольова, буд. 4, тел./факс (48439) 6-47-41. **Представництво "ТОВ "МІР-ФАРМ" в Україні:** м. Київ, 01004, Печерський р-н, вул. Басейна, 21-А, оф. 4, тел.: (044) 287-70-21; 287-70-29. **Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції до медичного застосування препарату.**