

## **ВЛИЯНИЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ТЕЧЕНИЕ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ. ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ.**

**Карпухин И.Б., Карпухина Е.В., Тимощенко М.В., Сафарова А. С.**

В статье представлены данные о распространенности тревожных и депрессивных расстройств в мире и частота их сочетания с ишемической болезнью сердца. Приведено понятие депрессии и ее основные диагностические критерии. Представлены данные научных исследований, отражающих негативное влияние аффективных расстройств непсихотического спектра на прогноз и течение ишемической болезни сердца: увеличение риска смерти и развития сердечно-сосудистых катастроф (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда), ухудшение клинической симптоматики, снижение качества жизни и развитие некомплаентности. Указывается на возможные ятрогенные причины развития депрессивных расстройств (при приеме лекарственных препаратов). В работе рассматриваются возможности терапии тревожно-депрессивных расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях, указаны предпочтительные группы препаратов и их возможные взаимодействия с кардиотропными препаратами.

**Ключевые слова:** аффективные расстройства, депрессия, тревожное расстройство, ишемическая болезнь сердца, антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

## **INFLUENCE OF AFFECTIVE DISORDERS ON THE COURSE OF CARDIOVASCULAR PATHOLOGY. OPPORTUNITIES OF THERAPY.**

**Karpukhin IB, Karpukhina E.V., Timoschenko M.V., Safarova A. S.**

The article presents data on the prevalence of anxiety and depressive disorders in the world and the frequency of their combination with coronary heart disease. The concept of depression and its main diagnostic criteria are given. The data of scientific studies reflecting the negative impact of affective disorders of the non-psychotic spectrum on the prognosis and course of coronary heart disease are presented: an increased risk of death and the development of cardiovascular accidents (acute coronary syndrome, myocardial infarction), deterioration of clinical symptoms, reduced quality of life and development of non-compliance. Possible iatrogenic causes of the development of depressive disorders (when taking medication) are given. The article discusses the possibilities of treating anxiety and depressive disorders among patients with cardiovascular diseases, identifies the preferred groups of drugs and their possible interactions with cardiotropic drugs.

**Key words:** affective disorders, depression, anxiety disorder, coronary heart disease, antidepressants, selective serotonin reuptake inhibitors.

### **Введение.**

Ишемическая болезнь сердца в настоящее время является одной из ведущих причин смертности по данным Всемирной организации здравоохранения. Высокий уровень инвалидизации и значительные затраты на лечение ишемической болезни сердца диктуют необходимость детального изучения всех аспектов, касающихся данного заболевания. Существует множество факторов, влияющих на развитие и течение данного заболевания, а также на прогноз и качество жизни пациентов. Изучение этих факторов считается актуальной для современного здравоохранения темой. Одними из значительных мотиваторов, влияющих на течение и конечные точки при ишемической болезни сердца, являются аффективные расстройства. Такие авторитетные организации как Европейское

общество кардиологов и Всемирная организация здравоохранения поддерживают психосоциальную теорию развития сердечно-сосудистой патологии [1,2].

Аффективные расстройства включают в себя депрессивные и тревожные расстройства. Данная группа психической патологии является самой распространенной группой психических расстройств в мире. Кроме того, депрессивные и тревожные расстройства приняты как доказанный независимый фактор риска развития кардиоваскулярной патологии и смерти от нее.

В настоящее время депрессией страдают более 300 миллионов человек в мире, в 60% случаев депрессия рецидивирует, около 70 % пациентов общей практики имеют проявления депрессии и 15% мужчин и 25% женщин хотя бы 1 раз в жизни имели депрессивный эпизод. К 2020 году депрессия может занять второе место среди причин инвалидности после ИБС.

При анализе около ста эпидемиологических исследований выявлены следующие данные о тревожных расстройствах: распространенность тревожных расстройств среди пациентов общей медицинской практики в несколько раз выше, чем в популяции – до 70-90%.

Среди соматических заболеваний, сопровождающиеся депрессией (нозогенные депрессии) лидирует кардиологическая патология, по данным различных исследований выявляется 30-60% коморбидных состояний.

Частота тревожных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями выявляется в 45-70 % случаев. Например, у пациентов с артериальной гипертензией частота тревожных расстройств - 80 %, пациентов с ИБС - 60%, среди пациентов, перенесших острый коронарный синдром, распространённость тревоги достигает 70-80%.

Интересным представляется факт, что коморбидность депрессии и тревожных расстройств выявляется у 20-50% кардиологических пациентов, а распространенность субсиндромальной тревоги - у 28–76 % больных общемедицинской сети здравоохранения.

В связи с вышесказанным очевидно, что крайне важна своевременная диагностика аффективных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, поскольку это может обеспечить адекватную терапию и существенно улучшить прогноз и качество жизни пациентов [3,4].

Депрессия – это психопатологическое состояние, характеризующееся сочетанием подавленного настроения, снижением психической и двигательной активности с соматическими и вегетативными симптомами. Диагностическими критериями данного патологического состояния являются 3 основных - пониженное или печальное настроение, утрата интересов или чувства удовольствия, утомляемость или снижение активности и дополнительные: нарушения сна, чувство неуверенности, низкая самооценка, трудности при

сосредоточении, идеи виновности и самоуничужения, пессимистическое видение будущего, расстройства аппетита, суицидальные мысли или действия, снижение полового влечения.

Велика роль взаимного влияния депрессии и сердечно-сосудистого заболевания:

- При сосуществовании сердечно-сосудистого заболевания и депрессивного расстройства утяжеляется течение каждого из них;

- Депрессия оказывает негативное влияние на клиническое течение кардиоваскулярной патологии;

- Наличие симптомов депрессии достоверно увеличивает риск развития ишемической болезни сердца, при этом степень риска значимо коррелирует с тяжестью симптомов депрессии;

- Наличие депрессии при сердечно-сосудистых заболеваниях является неблагоприятным прогностическим фактором поражения органов – мишеней (сердце, почки, головной мозг);

- При артериальной гипертензии, нестабильной стенокардии, инфаркте миокарда депрессию следует рассматривать как независимый фактор риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний;

- При остром инфаркте миокарда депрессия имеет такое же прогностическое значение в отношении смертности как и величина фракции выброса левого желудочка или наличие сахарного диабета;

- Наличие сопутствующей депрессии является независимым предиктором кардиальных событий в течение года после коронарографического исследования даже при минимальных симптомах депрессии увеличивается риск смерти после острого инфаркта миокарда;

- пациенты с депрессией после острого инфаркта миокарда имеют большую вероятность развития новых кардиоваскулярных событий, включая повторный инфаркт миокарда;

- депрессия после острого инфаркта миокарда достоверно ассоциируется со смертностью от всех причин и сердечно-сосудистой смертностью

- тревожно-депрессивные расстройства снижают качество жизни и уровень комплаентности пациентов с ишемической болезнью сердца; [5,8,10,11,12,13].

Но при коморбидной патологии диагностика очень непростая задача. В случае сочетания кардиоваскулярных заболеваний и аффективных расстройств диагностический процесс осложняет большое количество сходных жалоб. Как правило, это головная боль, ощущение давления в голове, ощущение давления и боль в эпигастрии, боль и напряжение в конечностях, ощущение давления в сердце, сердечный страх, затруднения при дыхании,

ощущения «кома» в горле. Так как же распознать депрессию у пациентов с сердечно-сосудистой патологией, если специфичные для депрессивных расстройств жалобы выявляются далеко не всегда, а очень часто пациенты жалуются на слабость, повышенную утомляемость, нарушения сна различного характера, раздражительность, плаксивость, чувство недомогания, дискомфорт, повышенную чувствительность к психотравмирующим ситуациям. Данные жалобы могут ошибочно расцениваться пациентом и врачом как закономерная реакция на болезненное состояние при соматической патологии. Врачу-интернисту стоит обратить внимание на следующие моменты: наличие нетипичных для соматических заболеваний болей в области сердца или в левой половине грудной клетки, приступы страха (панические атаки), отсутствие достаточного эффекта от терапии кардиологическими препаратами, увеличение продолжительности периода восстановления, необъяснимое тяжестью основного заболевания. Также есть другие причины недостаточного выявления депрессивных нарушений у больных общесоматической практики. Это описание пациентами эмоционального дискомфорта как проявления соматического недомогания и восприятие врачами и больными симптомов депрессии как закономерных и неизбежных спутников соматического заболевания. Это опасения стигматизации (опасения получить «клеймо» душевнобольного, страх быть поставленным на психиатрический учет), опасения негативного влияния психофармакотерапии (особенно беспокоит возможная сонливость и поведенческая токсичность), недостаточная осведомленность врачей общей соматической практики в вопросах клиники и терапии аффективных расстройств, отсутствие эффективной системы помощи больным с коморбидными сердечно-сосудистыми и аффективными расстройствами.

Нельзя также игнорировать тот факт, что многие препараты, применяемые в кардиологической практике оказывают продепрессивный эффект. К ним относится ряд антигипертензивных средств (резерпин, гидролазин, клонидин, липофильные бета - блокаторы: пропранолол, метопролол, тимолол, блокаторы кальциевых каналов: верапамил, нифедипин), антиаритмики (прокаинамид), сердечные гликозиды (дигоксин), гиполипидемические средства (статины, холестирамин).

Лечение депрессивных и тревожных расстройств врачами общей практики осуществляется: у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и впервые возникшими аффективными расстройствами легкой и средней степени тяжести с использованием стандартных схем применения современных антидепрессантов. Обязательными условия для назначения терапии является: отсутствие суицидальных мыслей и поведения, психотической симптоматики. Отсутствие противопоказаний для назначения современных антидепрессантов по соматическому состоянию.

Современный подход к терапии тревожно-депрессивных расстройств, коморбидных с сердечно-сосудистой патологией диктует применение антидепрессантов и анксиолитиков. Приоритетными группами тимоаналептиков в настоящее время считаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и препараты двойного действия – ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина. Выбор этих групп обусловлен результатами клинических исследований, показавших их низкую кардиотоксичность и хорошую переносимость пациентов с кардиологической патологией. И тем не менее приходится учитывать тенденцию к снижению артериального давления при приеме этих антидепрессантов и их взаимодействие с кардиологическими препаратами. Например, совместное применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина с антикоагулянтами (варфарин) и антиагрегантами могут потенцировать развитие кровотечения. Сочетание с сердечными гликозидами усиливает их побочные действия, а применение вместе с диуретиками чревато нарушением электролитного баланса и развитием гипонатриемии. При применении совместно с некоторыми бета-блокаторами следует опасаться гипотонии и нарушений проводимости [3,4,6,9,11].

Одним из лидеров терапии аффективных расстройств при ишемической болезни сердца по результатам доказательной медицины является препарат агомелатин. Он способен быстро и эффективно устранять психическую симптоматику при наличии коморбидной соматической патологии. Препарат хорошо переносится пациентами кардиологического профиля, не оказывает негативного воздействия на течение ишемической болезни сердца. Кроме того, при применении агомелатина удается достигнуть высокого уровня комплаентности, что жизненно важно для пациентов с сердечно-сосудистой патологией. Причем, применение его в стандартных дозировках (25-30 мг в сутки) не выявляет его существенного взаимодействия с кардиотропными препаратами [7].

#### **Заключение.**

Коморбидное течение сердечно-сосудистой и психической патологии утяжеляет течение каждого из заболеваний. Наличие аффективных расстройств значительно ухудшает прогноз, качество жизни и комплаентность соматических пациентов, затрудняет диагностику кардиологической патологии и выступает мощным фактором риска как развития сердечно-сосудистых заболеваний, так и неблагоприятных их исходов. Высокая частота коморбидности при данных патологиях требует проведения скрининговой диагностики тревожно-депрессивных расстройств у пациентов кардиологического профиля и междисциплинарного подхода к их ведению. До сих пор остается актуальным изучение влияния разных групп антидепрессантов и транквилизаторов на прогноз при различных формах ишемической болезни сердца.

Список литературы:

1. Коморбидная патология в клинической практике. Клинические рекомендации.// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. - 16(6).
2. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации.// Российский кардиологический журнал. - 2018. - 23(6).
3. Карпухина Е.В, Карпухин И.Б. Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца и способы их коррекции.// Сборник статей X межрегионального кардиологического форума. (Нижний Новгород, 15-18 мая 2006 г.). - Нижний Новгород, 2006. - С.99-102.
4. Карпухина Е.В, Карпухин И.Б. Психические расстройства при ишемической болезни сердца. Лечение сочетанной патологии.// Сибирский Медицинский Журнал. – том 26. – 2011. – приложение 1. Тезисы конгресса «Психосоциальные факторы и внутренние болезни» – С. 129-130.
5. Карпухина Е.В. Лечебная тактика и качество жизни больных с острым коронарным синдромом //Нижегородский Медицинский Журнал. – 2003. - №3-4. – С.61-66.
6. Марачев М.П. Трудности терапии депрессии в условиях коморбидности.// Дневник психиатра. – 2016. - №1. – С. 25-27.
7. Медведев В.Э. Лечение большого депрессивного расстройства легкой и средней степени тяжести Вальдоксаном (агомелатин) в кардиологической практике: результаты обсервационной национальной мультицентровой программы ПУЛЬС.// Психиатрия и психофармакотерапия (Журнал им. П.Б.Ганнушкина). – 2014. №16 (5). – С. 30–5.
8. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е. и соавт. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца. // Кардиология. - 2011. - №2. – С. 59-66.
9. Фролова В.И. Обзор данных сетевого метаанализа эффективности антидепрессантов нового поколения. // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2016.- № 06. С. 21-25.
10. Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE, et al. Psychological interventions for coronary heart disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. // *Eur J Prev Cardiol*. 2018. № 25.P. 247–59.
11. Katon W.J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness.// *Dialogues Clin Neurosci*. 2011. Vol. 1. № 13. P. 7—23.

12. De Miranda Azevedo R., Roest A. M., et al. A bifactor model of the Beck Depression Inventory and its association with medical prognosis after myocardial infarction.// Health Psychological. 2016. №35. P. 614–624.

13. De Miranda Azevedo R., Roest A. M., Hoen PW, et al. Cognitive/affective and somatic/affective symptoms of depression in patients with heart disease and their association with cardiovascular prognosis: A meta-analysis.// Psychol Med . 2014. №27. P. 1-15.

---

1 Карпучин Иван Борисович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», e-mail:karpuchin@rambler.ru

2 Карпухина Елена Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии, ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», e-mail:alenaikarp@rambler.ru

3 Тимощенко Михаил Владимирович, студент 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», e-mail:mixan3@gmail.com

4 Сафарова Айгюн Сахиб кызы, студентка 4 курса лечебного факультета ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», ajgyn@mail.ru

---