

Функциональные заболевания сердца: нозология, диагностика и лечение

Категория: [В помощь практикующему врачу](#)

В.С. Волков, Ю.М. Поздняков

ГБОУ ВПО «Тверская ГМА Минздравсоцразвития РФ», кафедра госпитальной терапии;
Областной кардиологический центр, г. Жуковский, Московская область

Библиографическая ссылка на статью:

Волков В.С., Поздняков Ю.М. Функциональные заболевания сердца: нозология, диагностика и лечение //Верхневолжский медицинский журнал.-2011.-Т.9. Вып.3 №11 – С.42-48.

В своей клинической практике кроме классических соматических болезней врач нередко встречается с функциональными заболеваниями внутренних органов и функциональными синдромами, которые могут имитировать органическую патологию, в том числе и неотложные состояния. Функциональная патология, встречаясь в чистом виде или наслаиваясь на органическое заболевание, значительно осложняет диагностическую ситуацию. Среди пациентов, обращающихся к врачу-терапевту, работающему в поликлинике, 25–30% составляют больные, имеющие функциональную патологию различной степени выраженности. Наиболее часто функциональная патология проявляется жалобами кардиологического и гастроэнтерологического профиля. Например, среди больных, вызывающих врача «скорой помощи» по весьма распространенной формуле «плохо с сердцем», большинство составляют пациенты с функциональной патологией, как правило, остро проявившимся симпато-адреналовым кризом. Углубленное обследование нами больных, которые иногда в течение нескольких лет лечились в поликлинике по поводу стенокардии, показало, что в 1/3 случаев указанного заболевания нет и в основе их страданий лежит функциональная патология. Нередко в клинической картине соматических заболеваний присутствуют функциональные нарушения, что придает болезни определенные черты, затрудняет диагностику и лечение основного заболевания, существенно осложняет реабилитацию [1, 2]. Среди пациентов, перенесших инфаркт миокарда и признанных стойко нетрудоспособными, значительно чаще встречаются различные функциональные нарушения, чем среди пациентов, вернувшихся к труду. Специально проведенные нами исследования показали, что именно функциональная патология у больных, получивших группу инвалидности, явилась основной причиной признания их стойко нетрудоспособными, то есть она привела к неправильным выводам при экспертизе. Нет сомнений в том, что врач должен уметь диагностировать функциональную патологию, своевременно распознавать ее разнообразные псевдосоматические проявления, назначать адекватное лечение [3]. Однако необходимо отметить, что, пожалуй, нет другого отдела внутренней медицины, где наблюдалась бы такое разнообразие терминологии и отсутствие согласия в понимании патогенеза функциональной патологии. В настоящее время в специальной литературе описывается достаточно много заболеваний и отдельных синдромов, в основе которых лежат функциональные нарушения деятельности внутренних органов. Это прежде всего нейроциркуляторная дистония 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 также гипервентиляционный синдром, синдром постгриппозной астении, синдром полиостеомиалгии, синдром раздраженного мочевого пузыря и др. Когда речь идет о кардиальной патологии, то врач должен всегда уметь отграничить боль в области сердца, имеющую органическую природу, от той, которая носит функциональный (психогенный, невротический) характер. Основные клинические проявления невротической боли в области сердца (кардиалгии) сводятся к следующему. Локализация болей в области сердца функционального генеза наиболее часто связана с зоной проекции на кожу верхушки сердца и реже – прекардиальной областью. У одних больных наблюдается «миграция» болей, в то время как у других они имеют устойчивую локализацию. Характер болевых ощущений весьма разнообразен. В основном это ноющие, колющие, давящие, жгучие, сжимающие или пульсирующие боли. Ряд пациентов испытывает дискомфорт в предсердной области и неприятное ощущение – «чувство страха». Характер течения болей чаще всего является волнообразным. Для них не характерно исчезновение после прекращения физической нагрузки 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 встречаться и кратковременные. При детальном расспросе нередко выявляется, 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 лопатку или подреберье для них достаточно закономерна. Боли могут распространяться на 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, нет четкой связи с физической нагрузкой), вероятность ИБС составляет около 50%. В тех же случаях, когда имеется явно 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 проведения коронарографии. Наибольшие трудности в распознавании болей невротического характера врач испытывает в тех случаях, когда к нему обращается пациент в возрасте 40–60 лет и старше с нетипичными болями в области сердца или когда у больного имеется стенокардия или постинфарктный кардиосклероз и одновременно имеются признаки выраженной кардиалгии [3]. В первом случае пациент должен подвергнуться всестороннему обследованию для исключения ИБС. Во втором – ситуация более сложная, так как имеется 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 больного и требуют специального внимания и иных подходов к лечению. Функциональная патология помимо характерного болевого синдрома, описанного выше, всегда имеет ряд общих проявлений, распознавание и учет которых позволяют правильно поставить диагноз и фактически признать, что кардиалгия по существу не является изолированным симптомом, а частным проявлением общего заболевания.

1. Невротические нарушения различной степени выраженности. Они проявляются прежде всего обилием жалоб псевдосоматического характера и весьма напоминают те, которые наблюдаются при органической патологии внутренних органов [4]. Среди них доминирует болевой синдром в области сердца. Нередко предъявляются жалобы на головные боли. При дополнительном опросе без труда выявляются жалобы на общую слабость, снижение трудоспособности, повышенную раздражительность, плаксивость, расстройства сна, «ком в горле» и др. Исследования, проведенные с помощью различных психометрических тестов, убедительно свидетельствуют, что эти невротические расстройства у больных с функциональной патологией выражены сравнительно не резко и имеют одну особенность – депрессивный оттенок. «Чистые» невротические синдромы, например ипохондрический, астенический или тревога, у больных с функциональным заболеванием внутренних органов практически не встречаются, они обычно сочетаются с депрессией той или иной степени выраженности.

Депрессия 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 и реакция на свое заболевание, отчетливо урежается частота адекватного отношения 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 выявляются у этих больных признаки так называемой социальной дезадаптации в виде стремления получить больничный листок, уйти на инвалидность, лечь при малейшем ухудшении самочувствия в постель. Социальная дезадаптация проявляется также частыми вызовами врача «скорой медицинской помощи», требованием повышенного внимания к себе со стороны членов семьи и т. д. [5, 6]. Однако 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 расстройством сна. Согласно А.М. Вейну [7], в результате расспроса у пациента можно выделить три основных варианта нарушения сна: – расстройство засыпания; – поверхностный, иногда с неоднократными пробуждениями, сон ночью; – раннее окончательное пробуждение.

На основании предлагаемого приема степень выраженности нарушений сна оценивается по 4-балльной системе: – 0 – расстройства сна нет, и пациент крепко спит 7–8 ч; – 1-я, или легкая степень – расстройства сна непостоянны и включают 1–2 указанных варианта нарушения сна, т. е. имеются расстройства засыпания, поверхностный сон или раннее окончательное пробуждение; – 2-я (умеренная степень) – расстройства сна непостоянны и включают все три варианта нарушения сна или постоянны, но включают только один вариант его нарушения; – 3-я (выраженная степень) – расстройства сна постоянны и включают 2–3 варианта его нарушения. 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

степени расстройств сна обычно имеются слабо выраженные невротические сдвиги в психологическом статусе больного. При 3-й степени нарушений сна наблюдаются 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 степени их выраженности. Однако это дает точку опоры в решении экспертных вопросов, при определении направления дальнейшего обследования и лечения больного. Для более четкого выявления невротических нарушений, и в частности депрессии, могут быть использованы различные психометрические шкалы.

2. Наличие вегетативных кризов (панических атак). Основным признаком панической атаки является внезапное появление приступа тревоги (паники). Это обычно 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. Такие больные часто доставляются машиной «скорой помощи» в приемные отделения больниц диагнозом «инфаркт миокарда», «острый коронарный синдром», «гипертонический криз», «острый живот» и т. п., и они требуют соответствующей диагностики и лечения.

Традиционно вегетативные кризы делят на симпато-адреналовые, вагоинсулярные и смешанные, или амфотонические. Клиника развернутых кризов достаточно хорошо известна. Однако у больных с так называемыми функциональными заболеваниями 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 симпато-адреналовой направленности больные ощущают внезапно наступившую слабость и чувство нехватки воздуха, иногда это дополняется легкой дрожью и непродолжительным похолоданием конечностей, немотивированной тревогой. Длительность таких кризов колеблется от 30 с до 10 мин, и они проходят самостоятельно. Обычно такой симптомокомплекс расценивается больными, да нередко и врачами, как проявление «сердечной слабости», хотя по своей сути это abortивный вегетативный криз и к сердечной деятельности имеет лишь косвенное отношение. Abortивные ваго-инсулярные кризы встречаются реже, чем симпато-адреналовые, и проявляются неожиданно возникающей слабостью, потливостью и тошнотой. Иногда они могут дебютировать внезапными болями в животе, слабостью и тошнотой. Длится он от 3 до 30 мин и проходит самостоятельно, хотя и вызывает эмоциональную реакцию со стороны больного. Иногда встречается сочетание отдельных элементов abortивных кризов симпато-адреналовой и вагоинсулярной 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 симпато-адреналовые кризы чаще наблюдаются у больных с функциональными и

органическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, тогда как ваго-инсулярные – при функциональной и органической патологии желу-дочно-кишечного тракта. Вегетативные кризы (развернутые и abortивные) провоцируются психо-эмоциональным стрессом, изменением погоды, выполнением непривычной работы, требующей новых навыков или быстрого темпа. В ряде случаев выявить причину развития панической атаки не удастся. 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.

3. Признаки «поражения»нескольких внутренних органов. У больных с кардиалгией нередко выявляются болевые и другие расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта, расстройства дыхания в виде синдромагипервентиляции, синдром цефалгии. Врач, наблюдающий больного с функциональной патологией, видит, как на протяжении несколькихлет у него возникают как бы «новые болезни» (одна болезнь сменяется другой), которые при тщательном изучении являются своеобразными проявлениями психо-вегетативных нарушений.

4. Сегментарные нарушениявегетативной нервной системы. Именно они являются главной причинойвозникновения локальных болей: кардиалгии, абдоминалгии, артралгий. Они мучительны для больного и субъективно могут им восприниматься не только как боль, но и в видеощущения жара,жжения, скручивания, сплипания, растягивания и т. д. Эти ощущения захватывают область проекцииодного или нескольких внутренних органов, могут распространяться на поверхность, иррадии-ровать в другую область тела и иметь различную интенсивность (от незначительных, ноющих до нестерпимых, вынуждающих вызвать врача «скорой помощи») и длительность (от нескольких минут 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 выявляются признаки раздражения сегментарных образований вегетативной нервной системы в зоне болевых ощущений, а именно болезненность подкожно-жировой клетчатки (разминание пальцами кожной складки), мышц, надкостницы, то есть образований, которые непосредственно иннервируются вегетативной нервной системой. Подтверждением этого является болезненность определенных точек – мест выхода вегетативных нервов – и отсутствие нарушений чувствительности поверхности кож и (иннервируется соматической нервной системой). По распространенности выявляемой 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. Существует три степени интенсивности кардиалгии: 1-я степень – редкие и незначительные боли в области сердца, отсутствие болезненности мягких тканей и вегетативных точек на левой половине грудной клетки или наличие таковой только в левой части межлопаточной области; 2-я степень – 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-я степень – 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, появляются нарушения сна, учащаются вегетативные кризы. Однако наибольшие трудности в распознавании невротических болей врач испытывает в тех случаях, когда они 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 приведенных выше простых и доступных приемов позволяет врачу быстро выделить 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 на левой половине грудной клетки практически отсутствует. В основе болезненности мягких тканей и вегетативных точек при кардиалгии лежит синдром ре-перкуссии. Суть его состоит в том, что под влиянием отрицательных эмоций, особенно часто повторяющихся и длительных, происходит повышенное выделение 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 же 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 ре-перкуссии). Так появляются зоны Захарьина–Геда – характерный признак функциональной патологии. Ответ вегетативной нервной системы 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 [8, 9]. Обычно врач связывает атипичные болевые ощущения в области сердца с остеохондрозом позвоночника. Однако это возрастная патология, которая закономерно выявляется у человека старше 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 являются проявлением одной болезни, которая, согласно МКБ-10, является соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы (СФДВНС), раздел F 45.3. Эта патология относится к психическим заболеваниям, но имеет выраженные вегетативные расстройства, имитирующие различную соматическую патологию, и в первую очередь кардиальную. Естественно возникает вопрос: кто должен ставить диагноз

СФДВНС и лечить больного? Здесь можно высказаться достаточно однозначно. Диагноз СФДВНС должны уметь ставить кардиолог, врач общей практики, врач-терапевт. Попытки направить больных 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 якобы соматических жалоб над типичными невротическими, и поэтому больные снова приходят к врачу-терапевту. Лечение больных СФДВНС в общей медицинской практике является достаточно сложной проблемой. Наибольший эффект в лечении больных СФДВНС врач может ожидать от применения рациональной психотерапии, аутогенной тренировки, применения психотропных средств, неселективных бета-адренорецепторов. Вспомогательное значение имеют иглорефлексотерапия и массаж тех зон, где сосредоточены болевые ощущения (преимущественно так называемая «воротниковая зона»).

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 внутрь алпрозолам (ксанакс). Однако больные с СФДВНС по существу нуждаются после купирования вегетативного криза в систематической терапии, способной улучшить их самочувствие и предотвратить возникновение новых 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 тревогу, на основе которой обычно развивается криз. В последующем такая беседа используется во время каждого консультативного приема в поликлинике. Основной жалобой больных 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 чувство 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, для освоения аутогенной тренировки достаточно 10–12 групповых занятий продолжительностью 30–60 мин каждое и с периодичностью 2 раза в неделю. Однако в промежутках между занятиями с врачом пациенты должны регулярно (1–2 раза в день) проводить самостоятельные тренировки. Считается, 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 является 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 – депрессию. Поэтому главными средствами лечения СФДВНС являются антидепрессанты, поскольку указанная патология является по существу своеобразной маской депрессии. Необходимо отметить, что за рубежом, а в последние годы и в России, легкую и средней тяжести депрессию 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 amitriptyline. 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 сердечно-сосудистой системы 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 альфа₁-адренорецепторами, М-холинорецепторами, гистаминовыми H₁-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-ю 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 депрессией с сопутствующей тревожной симптоматикой, панических атаках, фобических синдромах. В целом антидепрессанты группы СИОЗС не оказывают отрицательного влияния на состояние сердечно-сосудистой системы 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 (ци-талопрам) оказывают небольшой стимулирующий эффект: уменьшается утомляемость, возрастают двигательная активность и работоспособность. Помимо улучшения

психологического статуса уменьшаются соматические симптомы, в том числе 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% – хорошая [10, 11]. Важно отметить, что у больных урежаются и постепенно исчезают панические атаки, они начинают реже обращаться к врачу по поводу различных болевых 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 депрессии легкой и средней степени 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 серо-тонина. Препарат увеличивает количество и длину апикальных дендритов пирамидальных клеток гипо-кампа, а также снижает реактивность гипоталамо-ги-пофизарно-адреналовой системы. Коаксил обладает антидепрессивным, противотревожным и активирующим эффектами, безопасен при лечении депрессии у пожилых лиц и больных с заболеваниями сердечнососудистой системы, 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 старше 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 позволяет отменять антидепрессант одномоментно, без предварительного снижения дозы, даже после длительного лечения. Вопрос о том, способствует ли улучшению прогноза лечение антидепрессантами коморбидной депрессии у больных ИБС, остается открытым, и ответ на него будет получен в ближайшие годы. В настоящее время в этом направлении ведутся многоцентровые проспективные исследования. Однако совершенно очевидно, что депрессия, которая является стержнем СФДВНС, приносит страдания больному, отягощает течение основного заболевания, и лечить ее необходимо, прежде всего для улучшения клинического состояния пациента, повышения качества жизни и приверженности лечению. Из других лекарственных средств, которые с успехом могут применяться при СФДВНС, прежде всего должны быть отмечены бета-адреноблокаторы. 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 бета-адреноблокаторов может рассматриваться как самостоятельный

метод лечения [12]. Функциональные заболевания сердца, в том числе и проявляющиеся кардиалгией, встречаются в практике врача-терапевта, кардиолога, врача общей практики достаточно часто и фактически являются отражением соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы. Назначая больным с этой патологией показанное лечение (психотерапию, антидепрессанты, бета-адреноблокаторы), можно добиться у них значительного клинического эффекта, улучшить их качество жизни.

Литература

1. Смулевич А.В., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Психокardiология // МИА. – 2005. – 777 с.
2. Афанасьев С.В. Программа диагностики и ведения пациентов с кардиалгией в общей врачебной практике // Кардиология. – 2008. – № 9. – С. 43–46.
3. Поздняков Ю.М., Волков В.С. Боль в грудной клетке. – М., 1998. – 749 с.
4. Fleet R.P., Duruis I., Marchand A. et al. Panic disorder in coronary artery disease patients with noncardiac chest pain // Psychosom. Res. – 1998. – Vol. 44. – P. 81–90.
5. Brundtlan I.H. Mental health in the 21-st cntury // Bull. Wld. Hlth. Org. – 2000. – Vol. 78. – P. 411.
6. Greed F., Morgan R., Filler M. et al. Depression and anxiety impair health – related qualite of life and are associated with inereased costs in gtneral medicfl inpatients // Psechosomatics. – 2002. – Vol. 43 (4). – P. 302–309.
7. Вейн А.М. Вегетативные расстройства // МИА. – 1998. – 749 с.
8. Волков В.С., Попов Л.Н. О дифференциальной диагностике стенокардии и болей в области сердца невротического характера // Клин. медицина. – 1974. – № 6. – С. 28–32.
9. Волков В.С., Поздняков Ю.М., Виноградов В.Ф. О патогенезе сердечно-болевого синдрома у больных нейроциркуляторной дистонией // Кардиология. – 1997. – № 6. – С. 56–60.
10. Ушакова А.В. Антидепрессивная терапия у соматических больных // Фарматека. – 2007. – № 15. – С. 29–35.
11. Погосова Г.В. Депрессии у кардиологических больных: современное состояние проблемы и подходы к лечению // Кардиология. – 2004. – № 1. – С. 88–92.
12. Маколкин В.И., Абакумов С.А., Сапожников А.А. Нейроциркуляторная дистония. – Чебоксары, 1995. – 248 с.