

Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца

А.Д. Ибатов

ММА имени И.М. Сеченова

По данным Всемирной организации здравоохранения, в Российской Федерации смертность от сердечно-сосудистых заболеваний остается самой высокой по сравнению с экономически развитыми странами как среди мужчин, так и среди женщин (рис. 1, 2) [7]. За последние годы распространенность основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в России существенно не изменилась, в то же время уровень эмоционального стресса существенно увеличился [3]. Рост психосоциального стресса в популяции сопровождается повышением уровня эмоциональной напряженности, тревожности среди населения [2]. Распространенность тревожных расстройств в популяции, по данным разных авторов, колеблется от 3 до 30% [1,5]. Тревожность повышается после перенесенной психической травмы, при острых и хронических соматических заболеваниях и при нервно-психических заболеваниях. Таким образом, выраженность тревоги и уровень тревожности, отражающие степень неблагополучия личности, могут быть своеобразным маркером хронического психологического стресса. При возрастании уровня тревоги отмечается изменение активности симпатно-адреналовой, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем организма, что закономерно сопровождается изменением углеводного, белкового, липидного обмена, прокоагулянтными сдвигами гемостаза, нарушением функции эндотелия сосудов [4]. Все эти нарушения могут приводить к усилению прогрессирования атеросклероза, повышению тонуса коронарных сосудов, увеличению нестабильности атеросклеротических бляшек, склонности к тромбообразованию и способствовать утяжелению течения ишемической болезни сердца (ИБС) [5]. Вместе с тем особенности влияния тревожных расстройств на течение ИБС и качество жизни изучены недостаточно.

Показатель	Больные ИБС	Здоровые
Количество пациентов	121	25
Возраст	53,1±0,7	54,5±1,7
Количество женщин (%)	26,2%	28,0%
Стенокардия (II-IV ФК)	100%	-
ПИКС	39,7%	-
ИМТ (кг/м ²)	28,6±0,3*	24,7±0,7
ХС плазмы крови (мм/л)	6,1±0,1*	5,2±0,1
ТГ плазмы крови (мм/л)	2,1±0,1*	0,8±0,1
Глюкоза плазмы крови (мм/л)	5,7±0,1*	5,1±0,1

Обозначения: * – достоверные различия показателей между группами (p<0,05), ФК – функциональный класс, ПИКС – постинфарктный кардиосклероз, ИМТ – индекс массы тела, ХС – холестерин, ТГ – триглицериды, мм/л – миллимоль на 1 л

Цель работы: изучить особенности течения ИБС у больных с различным уровнем тревожности.

Обследовано 121 больных, страдающих ишемической болезнью сердца, и 25 практически здоровых лиц. Характеристика выборки представлена в таблице 1.

Как видно из представленных данных, группа здоровых и больных ИБС не различалась по возрасту и полу. Вместе с тем у пациентов с ИБС была достоверно выше масса тела, уровень холестерина, триглицеридов и глюкозы плазмы крови.

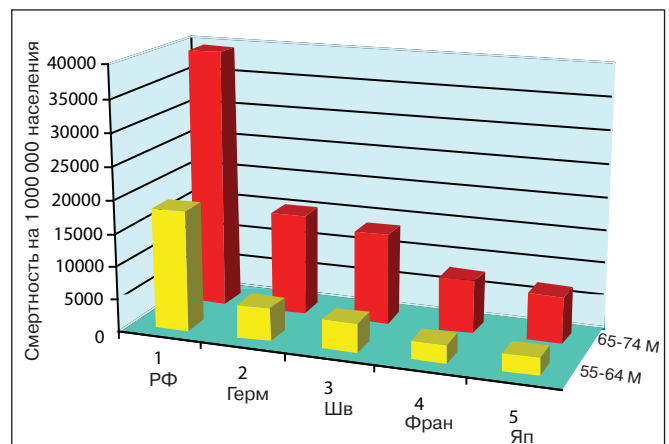


Рис. 1. Общая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин

Данные представлены как средняя смертность за 3 последних года в расчете на 1.000.000 населения (1990–1995 гг.) в возрастной группе 55–64 лет и 65–74 лет в Российской Федерации (РФ), Германии (Герм), Швеции (Шв), Франции (Фран) и Японии (Яп) от сердечно-сосудистых заболеваний [7]

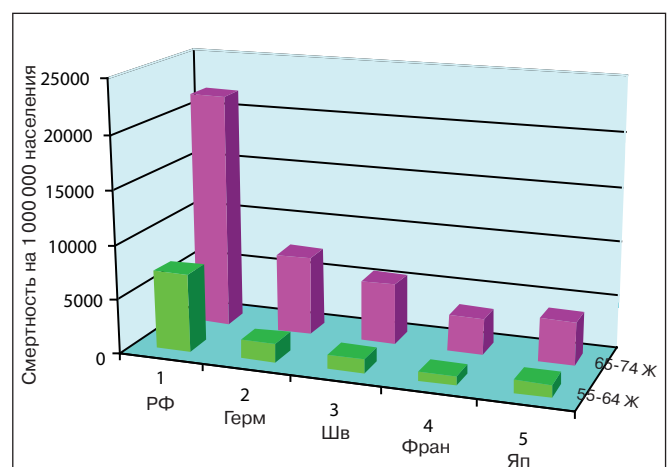


Рис. 2. Общая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин

Данные представлены как средняя смертность за 3 последних года в расчете на 1000000 населения (1990–1995 гг.) в возрастной группе 55–64 лет и 65–74 лет в Российской Федерации (РФ), Германии (Герм), Швеции (Шв), Франции (Фран) и Японии (Яп) от сердечно-сосудистых заболеваний [7]

Больным проведено общеклиническое обследование, нагрузочные пробы, эхокардиография в М- и В-режиме. Выраженность болевого синдрома оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ). Качество жизни – по Сизтлскому опроснику. Психологическое тестирование проводили по анкете Спилбергера для изучения уровня реактивной и личностной тревожности. При количестве баллов 30 и менее считали низким уровнем тревожности, 31–45 баллов – средним, 46 баллов и выше – высоким. Выраженность тревоги оценивали по госпитальной шкале тревоги и депрессии – ГШТД (показатель ≤ 7 баллов считали нормой, 8–10 баллов – субклинический уровень тревоги, 11 баллов и более – клинически выраженный уровень тревоги). Характерологические особенности личности изучали по тесту СМОЛ. Результаты подвергали статистической обработке. Достоверность различий между выборками оценивали с применением t – критерия Стьюдента, при необходимости, критерия Манна–Уитни с применением статистического пакета «Excel 2000» и «Statistica 5,0».

Как видно из рисунка 3, уровень тревоги в группе больных ИБС был в 2 раза выше, чем у здоровых и составил соответственно $8,4 \pm 0,3$ и $4,1 \pm 0,5$ балла по ГШТД ($p < 0,001$). При изучении соотношения числа пациентов с различным уровнем тревоги установлено, что показатель не выходил за границы нормы у 40% больных ИБС, у 20% – наблюдался субклинический уровень, у 40% – клинически выраженный уровень тревоги. У 8% здоровых лиц выявлялся субклинический уровень тревоги, у 92% – показатель не выходил за границы нормы. Уровень личностной и реактивной тревожности в группе ИБС был достоверно выше и составил соответственно $44,8 \pm 0,9$ и $46,9 \pm 0,8$ баллов и аналогично $36,4 \pm 1,3$ и $34,8 \pm 0,9$ балла в группе здоровых ($p < 0,001$). По данным теста СМОЛ, в группе больных ИБС по сравнению со здоровыми показатели были достоверно выше по оценочной шкале F и ниже по шкале K, что косвенно свидетельствует о внутреннем напряжении этих пациентов и нежелании их строить свое поведение с учетом мнения окружающих. Кроме того, в группе ИБС были достоверно выше показатели по шкале истерии и гипомании, что свидетельствует о превалировании в эмоциональном профиле тревожного, а не депрессивного радикала и об импульсивности этих пациентов.

Для исследования особенностей течения ИБС в зависимости от уровня тревоги больные были разделе-

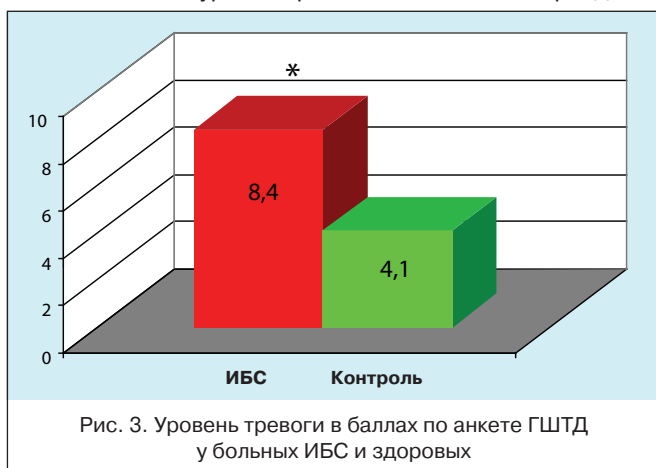


Рис. 3. Уровень тревоги в баллах по анкете ГШТД у больных ИБС и здоровых

ны на 2 группы: с высоким уровнем тревоги (субклинический и клинический уровень тревоги по ГШТД) – 1 группа и пациенты без тревожных нарушений (≤ 7 баллов по ГШТД) – 2 группа (рис. 4). Между группами пациенты не различались по возрасту, полу, наследственной отягощенности и проценту курящих. Группы не различались по возрасту возникновения и длительности ИБС, числу перенесенных инфарктов миокарда и количеству пациентов с ПИКС. Однако в 1 группе возраст возникновения ИМ был достоверно более молодой ($45,0 \pm 1,3$ vs $53,5 \pm 1,1$ лет, $p < 0,01$). Средний функциональный класс стенокардии напряжения в 1 группе составил $2,61 \pm 0,08$, во 2 группе – $2,33 \pm 0,07$ ($p < 0,05$). Длительность ангинозного приступа между группами существенно не различалась, вместе с тем интенсивность боли в 1 группе оказалась более высокой по сравнению со 2 группой, и составила соответственно $4,8 \pm 0,2$ и $3,7 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$) по шкале ВАШ. При сравнении коронароангиографических данных установлено, что у пациентов с высокой тревожностью чаще наблюдалось трех- и двухсосудистое поражение коронарного русла гемодинамически значимыми стенозами, во 2 группе – двух- и однососудистое. Среднее число пораженных сосудов в 1 группе составило $2,33 \pm 0,09$, во 2 группе – $1,88 \pm 0,10$ ($p < 0,01$). Содержание общего холестерина крови в группе с высоким уровнем тревоги было достоверно выше, чем в группе сравнения и составило соответственно $6,33 \pm 0,27$ мм/л и $5,55 \pm 0,15$ мм/л ($p < 0,05$). Группы не различались по числу пациентов, имеющих группу инвалидности, вместе с тем возраст выхода на инвалидность в 1 группе был более молодой ($46,0 \pm 1,7$ vs $49,0 \pm 2,4$ лет, $p < 0,01$). В группе с высокой тревожностью достоверно больше наблюдалось число повторных госпитализаций за прошедший год.

По данным Сизтлского опросника качества жизни (рис. 5), пациенты 1 группы, по сравнению с больными 2 группы отмечали хуже качество жизни по шкале стабильности стенокардии, оценке проводимого лечения, восприятия болезни. В итоге суммарный показатель качества жизни у них оказался также достоверно ниже.

При корреляционном анализе итогового показателя качества жизни Сизтлского опросника установлена

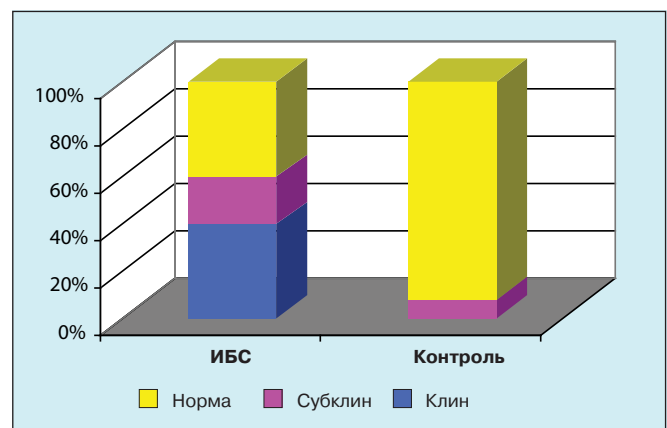


Рис. 4. Соотношение количества пациентов в % с различным уровнем тревоги по анкете ГШТД среди больных ИБС и здоровых

Обозначения: норма (показатель < 7 баллов), субклин – субклинический уровень тревоги (8–10 баллов), клин – клинически выраженный уровень тревоги (11 баллов и выше)

достоверная отрицательная корреляция с уровнем тревоги, депрессии (ГШТД), выраженностью реактивной и личностной тревожности (анкета Спилбергера), уровнем вегетативных нарушений и функциональным классом стенокардии. В то же время итоговый показатель качества жизни практически не коррелировал со степенью поражения коронарного русла атеросклерозом (рис. 6).

При проспективном наблюдении за больными ИБС в течение $24,7 \pm 0,38$ месяцев установлена выше общая смертность у больных с высоким уровнем личностной тревожности по сравнению с больными ИБС с низким уровнем личностной тревожности (рис. 7).

Таким образом, тревожные расстройства, выявленные у больных ИБС и сопровождающиеся достаточно выраженным снижением качества жизни, несомненно, требуют коррекции этих изменений психотерапевтическими и медикаментозными средствами. Естественно,

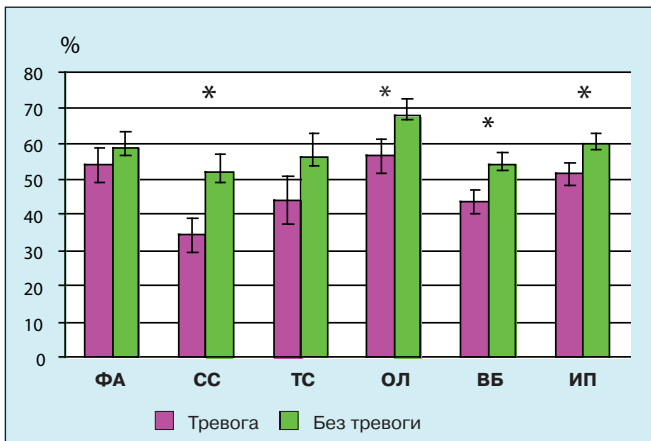


Рис. 5. Показатели Сизтлского опросника качества жизни у больных ИБС с различным уровнем тревоги
Обозначения: **ФА** – шкала ограничения физической активности, **СС** – шкала стабильности стенокардии, **ТС** – шкала тяжести стенокардии, **ОЛ** – шкала оценки качества проводимого лечения, **ВБ** – шкала восприятия болезни, **ИП** – итоговый показатель качества жизни. Тревога – больные ИБС с проявлениями тревоги, Без тревоги – больные ИБС без проявлений тревоги

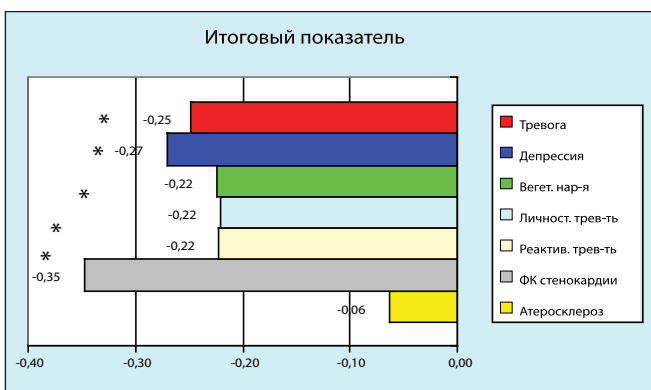


Рис. 6. Корреляция показателя «Итоговый показатель качества жизни» Сизтлского опросника у больных ИБС с показателями эмоционального состояния, функционального класса стенокардии и степенью поражения коронарного русла атеросклерозом
Обозначения здесь и далее: Тревога – уровень тревоги по ГШТД, депрессия – уровень депрессии по анкете Бека, Вегет. нар-я – выраженность вегетативных расстройств, Личност. трев-ть – уровень личностной тревожности, Реакт. трев-ть – уровень реактивной тревожности, ФК стенокардии – функциональный класс стенокардии, Атеросклероз – степень поражения коронарного русла атеросклерозом. * – достоверные коэффициенты корреляции Спирмена ($p < 0,05$)

для коррекции тревожных нарушений невротического круга приоритет отдается транквилизаторам, обладающим анксиолитическим, гипнотическим, вегетостабилизирующим и центральным миорелаксирующим эффектами и действующим практически на все патогенетические звенья тревожных нарушений. Предпочтение здесь чаще всего отдается так называемым «дневным» транквилизаторам, не имеющим выраженного снотворного эффекта, которые удобно использовать в амбулаторной практике, например, альпразолам, медазепам, оксазепам, тофизопам, лоразепам, а также отечественный анксиолитик **Афобазол**. Афобазол является оригинальным препаратом, разработанным в соответствии с фармакогенетической концепцией анксиоселективного эффекта, предотвращающий резкое падение связывающей способности бензодиазепинового участка ГАМК [Середенин С. Б. и соавт., 1999]. Действие препарата реализуется преимущественно в виде сочетания анксиолитического (противотревожного) и легкого стимулирующего (активирующего) эффекта. Уменьшение или устранение тревоги (озабоченность, плохие предчувствия, опасения, раздражительность), напряженности (пугливость, плаксивость, чувство беспокойства, неспособность расслабиться, бессонница, страх), а следовательно, соматических (мышечные, сенсорные, сердечно-сосудистые, дыхательные, желудочно-кишечные симптомы), вегетативных (сухость во рту, потливость, головокружение), когнитивных (трудности при концентрации внимания, ослабленная память) нарушений наблюдается на 5–7 день лечения Афобазолом. Максимальный эффект достигается к концу 4-й недели лечения и сохраняется в послетерапевтическом периоде. Особенно показано применение препарата у пациентов с преимущественно астеническими личностными чертами в виде тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости и эмоциональной лабильности, склонности к эмоционально-стрессовым реакциям. Результаты клинических испытаний показали, что Афобазол обладает сочетанием противотревожного, вегетостабилизирующего и умеренно выраженного активирующего эффектов, устраняет болезненные телесные ощущения, связанные

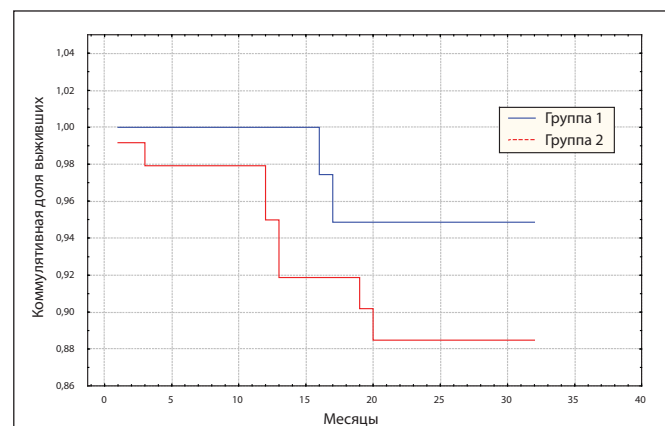


Рис. 7. Общая смертность у больных ИБС с высоким и низким уровнем личностной тревожности
Обозначения: Группа 1 – больные ИБС с низким уровнем личностной тревожности, группа 2 – больные ИБС с высоким уровнем личностной тревожности. Достоверность различий составила $p = 0,044$

с тревогой и тревожно-депрессивными нарушениями, характеризуется хорошей переносимостью, не вызывает дневной сонливости, миорелаксации, не ухудшает, а в ряде случаев восстанавливает нарушенные когнитивные функции (память, внимание), при приеме препарата не развивается привыкания и «синдрома отмены».

При сочетании тревожных нарушений с депрессивными расстройствами бывают показаны антидепрессанты, обладающие анксиолитическими свойствами и также имеющие вегетостабилизирующие, миорелаксирующие, противоболевые эффекты, для которых показана их безопасность для больных ИБС, например: тиа-нептин, флуоксетин, миансерин, мirtазапин.

Конечно, назначение психотропных препаратов должно проводиться с учетом выявленных психопатологических нарушений, тяжести течения основного заболевания, сопутствующей патологии и имеющихся противопоказаний к назначению данных препаратов, что зачастую делает выбор необходимого препарата достаточно сложным. Вместе с тем, опытный интернист, владея этим богатым арсеналом лекарственных средств, имеет возможность значительно успешнее помогать своим пациентам в лечении хронических заболеваний и улучшать качество их жизни.

Выводы

1. У больных ишемической болезнью сердца по сравнению со здоровыми отмечается более высокий уровень тревоги, реактивной и личностной тревожности и большая акцентуация личности. У 60% больных ишемической болезнью сердца отмечается субклинический и клинически выраженный уровень тревоги.

2. Больные ИБС с высоким уровнем тревоги отличались более выраженным поражением коронарного русла, атеросклерозом, возникновением инфаркта миокарда и выходом на инвалидность в более молодом возрасте, большим числом повторных госпитализаций.

3. Качество жизни больных ИБС зависит не только от тяжести функционального класса стенокардии, но и от их эмоционального статуса.

4. Больные ИБС с тревожными расстройствами отличались низким качеством жизни и худшим прогнозом (у них наблюдалась выше общая смертность).

Литература

1. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика. / Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 725 с.
2. В.В.Гафаров, И.В.Гагулин. Популяционное исследование социально-психологических факторов риска ишемической болезни сердца в мужской популяции Новосибирска // Тер. Архив, 2000. – Т.72, № 4. – С.40–43.
3. Чазов Е.И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения // Клинические исследования лекарственных средств в России, №1, 2001, С 2–4.
4. Kubzansky LD; Kawachi I; Weiss ST; Sparrow D Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence//Ann. Behav. Med. – 1998. – Vol. 20, N 2. – P. 47–58.
5. Kubzansky L.D., Kawachi I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease?//J. Psychosom Res. – 2000. – Vol. 48, N4–5. – P.323–337.
6. Sullivan M.D., LaCroix A.Z., Spertus J.A., Hecht J. Five-year prospective study of the effects of anxiety and depression in patients with coronary artery disease // Am.J.Cardiol. – 2000. – V86, N 15. – P.1135–1138.
7. World Health Statistics Annual, WHO, Geneva, Switzerland, 1999.

новый оригинальный
отечественный
препарат

ВСЁ СЛОЖИТСЯ!

абсолютно
селективный анксиолитик

небензодиазепинового
ряда

АФОБАЗОЛ®

НЕ ТОКСИЧЕН

НЕ ФОРМИРУЕТ лекарственной
зависимости

НЕ РАЗВИВАЕТСЯ синдром отмены

УСТРАНЯЕТ

- ✓ тревогу
- ✓ раздражительность
- ✓ плаксивость
- ✓ чувство беспокойства
- ✓ страх

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- ✓ генерализованные тревожные расстройства
- ✓ тревожные расстройства при заболеваниях:
сердечно-сосудистой системы,
органов дыхания, органов пищеварения
- ✓ неврастения
- ✓ расстройства адаптации

УЛУЧШАЕТ

память, способность к концентрации внимания

**ОТПУСКАЕТСЯ
БЕЗ РЕЦЕПТА!**

Действие АФОБАЗОЛА отчётливо
наблюдается на 5-7 день от начала
лечения. Максимальный эффект
достигается к концу 4 недели лечения

 РОССИЙСКАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ
Мастерфарм

ЗАО «МАСТЕРФАРМ»
Россия, 127473, г. Москва,
1-й Волконский пер., д. 11, стр. 2
тел.: (495) 781-10-93
отдел продаж - (495) 781-10-94



www.afobazol.ru