

Источник:  
Проект рекомендаций  
«Диагностика и терапия тревожных  
и соматоформных расстройств у  
больных кардиологического  
профиля», 2018 г.

Презентацию подготовила  
Шишелова Д.С.

- Представленные рекомендации разработаны на основе анализа различных по целям и объемам исследований, посвященных психическим расстройствам в кардиологической практике за последние 25 лет и собственного клинического опыта авторов в соответствии с принципами доказательной медицины. Рекомендации определяют основные принципы диагностики и терапии тревожных и соматоформных расстройств у больных кардиологического профиля с учетом комплексного, междисциплинарного подхода.

- Рекомендации разработаны для врачей, осуществляющих работу с пациентами кардиологического профиля, в первую очередь - кардиологов, терапевтов и врачей общей практики. В данных рекомендациях варианты терапии оценивались на основании уровня достоверности доказательств (Таблица П1) и уровня убедительности рекомендаций (Таблица П2) в зависимости от количества и качества исследований.

**Таблица П1. Уровни достоверности доказательств**

<b>Уровень достоверности</b>	<b>Источник доказательств</b>
<b>А</b>	Получены на основании одного или нескольких РКИ или большого систематического обзора (мета-анализа) РКИ
<b>В</b>	Доказательства получены на основании, по крайней мере, одного контролируемого исследования без рандомизации
<b>С</b>	Доказательства получены на основании неконтролируемых исследований, экспертного мнения или описания случаев

**Таблица П2. Уровни убедительности рекомендаций**

<b>Уровень убедительности</b>	<b>Описание</b>
<b>1</b>	Доказательства уровня А и В непосредственно применимых к данной специфической рекомендации
<b>2</b>	Доказательства уровня В и С, применимые к данной специфической рекомендации
<b>3</b>	Доказательства уровня В и С при отсутствии клинических исследований хорошего качества, непосредственно применимых к данной рекомендации

- Актуальность разработки представленных клинических рекомендаций продиктована высокой распространенностью тревожных и соматоформных расстройств среди пациентов кардиологического профиля и их негативным влиянием на течение сердечно-сосудистой патологии. Стресс и повышенный уровень тревоги являются факторами риска развития и прогрессирования кардиальной патологии (в том числе ИБС, АГ и аритмий) [Krantz D.S. et al., 1991; Mayou R. A. et al., 2000; Sheps D.S. et al., 2002; Kiecolt-Glaser J.K. et al., 2003; Lane R. D. et al., 2005; Погосова Г.В., 2007; Batelaan N. M. et al., 2014].

К основным патогенетическим механизмам, посредством которых реализуется неблагоприятное влияние тревожных расстройств на течение ССЗ (на модели ИБС), относятся:

- вегетативная дисфункция (сниженная вариабельность сердечного ритма);
- активация симпато-адреналовой системы (повышение ЧСС, АД, агрегации тромбоцитов);
- активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с нарушенными циркадными ритмами кортизола и серотонина;
- активация процессов воспаления и свертывания (повышенные уровни фибриногена, С-реактивного белка, фактора некроза опухоли-альфа, ингибитора активатора плазминогена 1, интерлейкинов).

- Диагностика и дифференциальная диагностика психических расстройств являются важной составляющей практической деятельности врача общесоматической сети. При обследовании больных в амбулатории или поликлинике врачу необходимо не только своевременно диагностировать те или иные психопатологические симптомокомплексы, но и определить дальнейший маршрут больного: направление в учреждения специализированной помощи, либо определение тактики лечения в условиях общесоматической сети, включая лечение сопутствующей психической патологии, выработкой адекватного отношения пациента к болезни, повышением уровня приверженности пациентов к терапии.

- Согласно результатам эпидемиологических исследований тревожные расстройства имеют отчётливую тенденцию накапливаться не только в психиатрическом звене, но и в общемедицинской и кардиологической сети [SeranoBlanco A., 2010; Андрющенко А.В., 2011; Graudes S. Et al., 2011]. Так, до 40%-60% пациентов на амбулаторном приеме врачей общей практики страдают тревожным расстройством [Kyrios M. et al., 2011; Tully Ph.J. et al., 2014]. Наиболее распространенным в кардиологической практике среди тревожных нарушений является паническое расстройство [King M., et al., 2008].



- Так, по данным зарубежных исследований до 62% больных, обращающихся в службу неотложной помощи или специализированные кардиологические учреждения с подозрением на острую коронарную патологию, страдают паническим расстройством, протекающим с острыми коронарными болями и нарушениями сердечного ритма при отсутствии объективных признаков поражения сердца [Katerndahl D., 2004; 2008; Asek M. et al., 2012].
- При этом следует отметить, что количество пациентов с проявлениями панического расстройства в стационарном звене (по сравнению с амбулаторной практикой) значительно меньше – до 15-31%, так как эти больные проходят фильтр приёмного покоя. [Muller-Tasch T., 2008; Kaski J.K. et al, 2013]

# Клиническая картина соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы (F45.30) у больных кардиологического профиля

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечнососудистой системы - функциональное расстройство сердечно-сосудистой системы, соответствующее понятию кардионевроза (кардиальный невроз, нейроциркуляторная астеня, синдром да Коста). Термин «кардионевроз» наиболее предпочтителен в использовании, так как отражает психопатологический (невротического) характер расстройства.

- Клиническая картина кардионевроза крайне разнообразна и может включать целый ряд патологических (кардионевротических и соматовегетативных) ощущений в перикардиальной области, функциональные нарушения ЧСС, ритма сердца и показателей ЭКГ, а также фобический компонент с явлениями тревоги о здоровье и нозофобии.

Критерии кардионевроза (соматоформной дисфункции вегетативной системы сердца и сердечно-сосудистой системы):

- неприятные ощущения или боли в области сердца;
- дыхательные расстройства: ощущения недостатка воздуха, неудовлетворенность вдохом, тахипноэ;
- лабильность пульса и артериального давления, сердцебиение или чувство пульсации в прекардиальной области;
- невротические симптомы (тревожность, беспокойство, фиксация на неприятных ощущениях в области сердца, нарушение сна);
- признаки вегетативной дисфункции (локальная потливость, стойкий дермографизм), расстройства терморегуляции;
- характерные изменения ЭКГ в виде неспецифических слабоотрицательных зубцов Т преимущественно в правых грудных отведениях, синдром ранней реполяризации желудочков;
- положительная ЭКГ- проба с гипервентиляцией и в ортостазе, что выражается временной реверсией негативного зубца Т;
- возникновение или обострение симптомов в связи с стрессовыми ситуациями;
- эффективность психотерапии, психотропных средств, бета-адреноблокаторов

- Необходимо отметить, что клиническая структура кардионевроза у больных кардиологического профиля неоднородна, что позволяет выделить два полярных типа расстройства: кардионевроз с преобладанием фобического компонента и кардионевроз с преобладанием телесных ощущений [Албантова К.А., 2010].

- Для кардионевроза с преобладанием фобического компонента характерно доминирование в клинической картине ипохондрических страхов и нозофобий, что сближает данный клинический вариант с ипохондрическим расстройством (F45.0). Однако, клиника кардионевроза расширяется за счет присоединения к проявлениям идеаторной тревоги соматовегетативных расстройств и длительно персистирующих кардиалгий, нарушений частоты и ритма сердечных сокращений, дыхательных симптомов. Как правило, кардиалгическая и соматовегетативная симптоматика в этих случаях носит пароксизмальный характер и является вторичной по отношению к тревожно-фобическим проявлениям.

- В свою очередь, на первый план в клинической картине кардионевроза с преобладанием телесных ощущений выступают разнообразные по характеру кардиалгии, не сопровождающиеся выраженной тревожно-ипохондрической симптоматикой - перманентные или пароксизмальные, давящие, прокалывающие, сжимающие, колющие и пр., изредка иррадиирующие в левое плечо, руку, лопатку, шею, нижнюю челюсть, эпигастральную область или в правую половину грудной клетки. Описывая свои ощущения, пациенты нередко указывают на их трудно вербализуемый, вычурный характер: «ломоту», «щекотку», «першение», «как будто кто-то скоблит ногтем в груди», «усталость» сердца и пр. Наряду с кардиалгиями выявляются жалобы на перебои в работе сердца, неритмичность пульса с ощущениями «выпадения» отдельных ударов, «замирания» сердца, а также чувства более сильных и интенсивных (по сравнению с обычными) отдельных ударов сердца или серии сердечных сокращений, «трепыхания», «переворачивания» сердца, «бульканья жидкости», чувство неправильного сокращения сердечной мышцы [Григорьева К.В., 2011.]. Характерно сочетание двух и более видов патологических ощущений, что указывает на выраженный полиморфизм клинической картины пациентов с кардионеврозом.

# Основные дифференциально-диагностические признаки тревожных и соматоформных расстройств у больных кардиологического профиля

- В качестве основных дифференциально-диагностических признаков выступают психопатологические характеристики, свойственные тревожным и соматоформным расстройствам, реализующимся в кардиальной сфере при отсутствии сердечнососудистой патологии: 1) Несопоставимость с данными объективного исследования; 2) Полиморфизм (чрезмерность, экспрессивность), а иногда вычурность клинических (в том числе болевых \ ангинальных проявлений); 3) Коморбидность психопатологических симптомокомплексов: тревожнофобических (ПА, агорофобия, генерализованное тревожное расстройство), депрессивным и пр. 4) Динамика состояния.



# Алгоритм диагностического поиска тревожных и соматоформных расстройств у больных кардиологического профиля

- 1. Установление принадлежности к группе риска с помощью скрининговых методов, а также обследование лиц со стойкими нарушениями сна и пищевого поведения, персистирующей астенией, алгиями и другими жалобами на нарушения функций сердечно-сосудистой системы, соматическая природа которых не подтверждается данными клинического и инструментального обследования
- 2. Диагностическое обследование группы риска на предмет тревожных и соматоформных расстройств с использованием клинических методов
- 3. Консультативная помощь врача-психиатра в сложных диагностических случаях

# Скрининг тревожных и соматоформных расстройств у больных кардиологического профиля

Скрининг тревожных и соматоформных расстройств в кардиологической практике следует проводить с помощью стандартизированных психометрических методик:

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS): суммарный балл по подшкалам тревоги и депрессии 8-10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия; 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

- Шкала тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS): суммарный балл 18-24 - средняя выраженность тревожного расстройства, 25 баллов и выше – значительная выраженность тревожного расстройства.
- Шкала скрининга соматоформных расстройств (Screening for Somatoform Disorders, SOMS).

## I. Определение группы риска по психическому расстройству

Выявление косвенных признаков психического расстройства у пациента кардиологического профиля:

- Многочисленность симптомов
- Необычный характер
- Несоответствие локализации рецепторных зон «летучесть» или выраженная стойкость
- Отсутствие связи с характерными триггерами
- Яркая эмоциональная окраска
- Несоответствие данным объективного исследования
- Неэффективность соматотропного лечения

Положительный результат скрининга с помощью стандартизированных шкал опросников:

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)
- Шкала тревоги Гамильтона (HARS)
- Шкала скрининга соматоформных расстройств (SOMS)

## II. Клиническое обследование с определением психического статуса

### Тревожные расстройства

#### Паническое расстройство F41.0

Дискретные эпизоды интенсивного страха, сопровождающиеся:

- вегетативными симптомами
- кардиалгиями
- диспноэ
- головокружением
- страхом смерти

#### Паническое расстройство с агорафобией F40.0

Панические приступы, сопровождающиеся агорафобическим избеганием определенных ситуаций

#### Генерализованное тревожное расстройство F41.1

- Устойчивая «флотирующая» тревога
- мышечное напряжение, потливость, дрожь
- боязнь несчастного случая, болезни

### Соматизированные расстройства

#### Ипохондрическое расстройство F45.2

- Идеи наличия соматического (кардиологического заболевания)
- фиксация на предполагаемом заболевании и его проявлениях
- трудности в разубеждении врачом

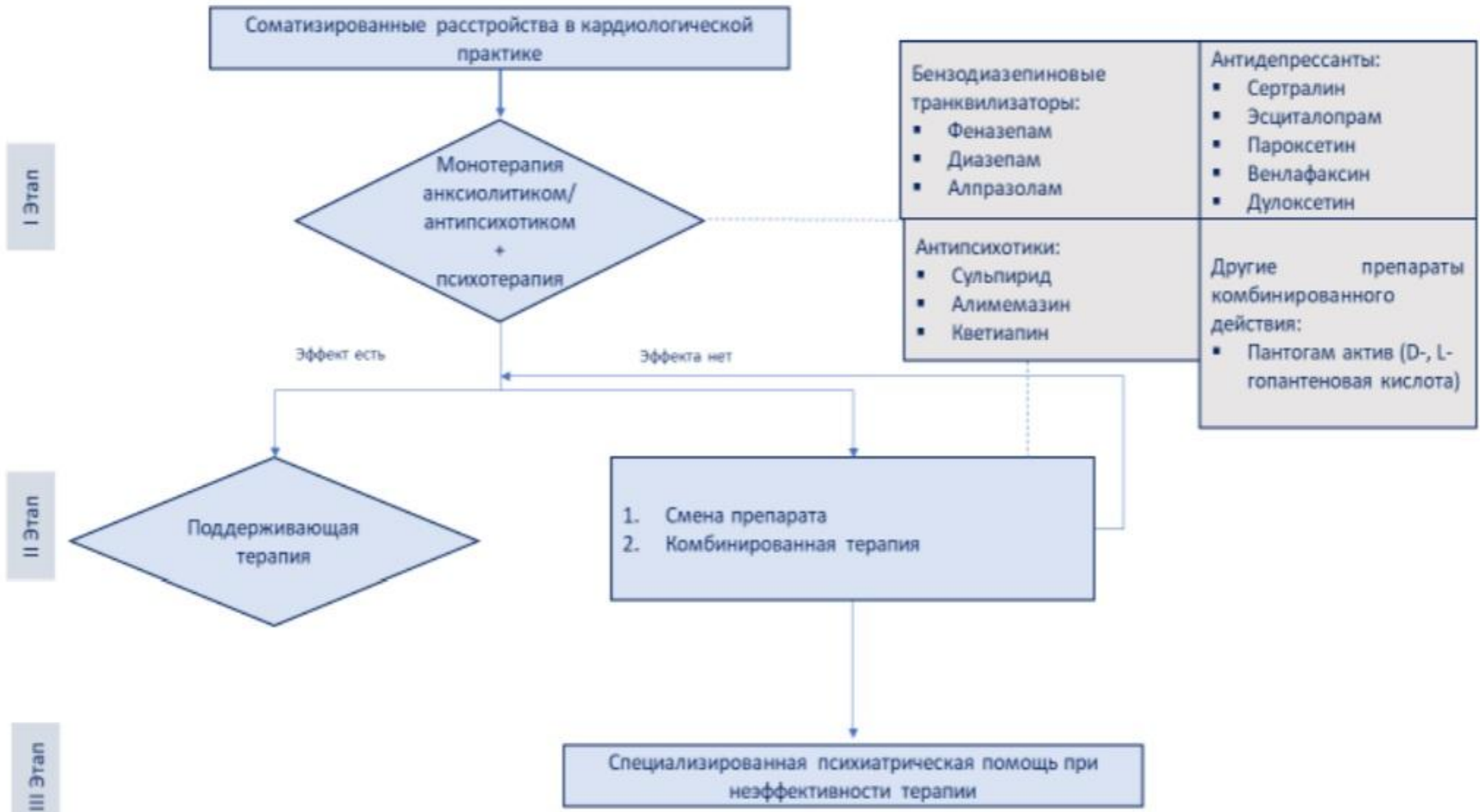
#### Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (Кардионевроз) F45.3

- Кардиалгии, тахикардия, синусовая аритмия и пр.
- вегетативные симптомы
- тревога за здоровье
- несоответствие жалоб данным объективного обследования

- Для терапии соматоформных расстройств применяются транквилизаторы, антидепрессанты, антипсихотики, а также другие препараты с анксиолитическим и комбинированным действием.

Таблица 5. Рекомендуемые дозы препаратов для лечения соматоформных расстройств у больных кардиологического профиля, уровни достоверности и убедительности рекомендаций

Лекарственный препарат	Рекомендуемая суточная дозировка, мг	Уровень достоверности	Уровень убедительности
Бензодиазепиновые транквилизаторы			
Диазепам	5-20	A	1
Алпразолам	1-3	A	1
Феназепам	0,5-2	B	2
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина			
Сертралин	50-150	A	1
Эсциталопрам	5-20	A	1
Пароксетин	10-40	A	1
Ингибиторы обратного захвата норадреналина и серотонина			
Венлафаксин	75-150	A	1
Дулоксетин	60-120	A	1
Препараты комбинированного действия			
D-, L- гопантенная кислота	600-1200	B	1
Антипсихотики			
Кветиапин	25-75	B	1
Сульпирид	50-200	B	1
Алимемазин	5-15	B	1



- Психотерапия направлена на психологическую поддержку и разъяснительную работу на начальном этапе терапии, предотвращение преждевременного отказа пациента от приема кардиотропных препаратов, вовлечение пациента в процесс лечения в качестве активного и информированного участника.
- Включает рациональную психотерапию (объяснение пациенту природы психического расстройства и возможного неблагоприятного влияния этих расстройств на соматическую патологию), психосоциальное вмешательство и более специализированные формы психотерапии.



## ИСТОЧНИК:

Российское общество психиатров  
Клинические рекомендации «Диагностика и лечение  
тревожных расстройств невротического уровня  
(тревожно-фобических, панического и  
генерализованного тревожного расстройств)»,  
Москва, 2015

Вегетативные симптомы:

желудочно-кишечные

дыхательные

сердечно-сосудистые

урогенитальные

нервная система

- сухость во рту, затруднение при глотании, дискомфорт в эпигастрии, чрезмерное газообразование, бурчание в животе, тошнота
- ощущение сжатия, боль и дискомфорт в груди, затрудненность вдоха (в противоположность затрудненности выдоха при астме), чувство удушья и последствия гипервентиляции
- ощущение дискомфорта в области сердца, сердцебиение, ощущение отсутствия биения сердца, пульсация шейных сосудов
- учащенное мочеиспускание, исчезновение эрекции, снижение либидо, менструальные нарушения, временная аменоррея
- чувство пошатывания, ощущение нечеткости зрения, головокружение и парестезии, потливость, тремор или дрожь, приливы и ознобы, онемение или ощущение покалывания

Алгоритм краткосрочной групповой интерперсональной психотерапии

Уровень доказательности – В. Сила рекомендаций – 2.

Цель: конструктивные изменения, прежде всего, в межличностной сфере, формирование адекватной социальной адаптации

Механизмы достижения: раскрытие, анализ, осознание и переработка интерперсональных проблем пациента и коррекция его неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия.

Ожидаемый результат: В процессе психотерапии, ориентированной на коррекцию неадекватных интеракций, конфликтные отношения пациента утрачивают свой центральный характер. Это влечет за собой снижение выраженности симптоматики. Наблюдается уменьшение и внутриличностной проблематики.

Задачи психотерапии. Фокусируются, в основном, на трех составляющих самосознания:

- - самопониманию (когнитивный аспект),
- - отношении к себе (эмоциональный аспект),
- - саморегуляции (поведенческий аспект).

**А. В познавательной (когнитивной) сфере** пациент получает представление о мере своего участия в возникновении, повторении и развитии своих конфликтных ситуаций, т.е. как он сам своим поведением и своим способом эмоционального реагирования, способствует этому. Осознавая влияние собственных установок и ценностей на процесс взаимоотношений с другими людьми, у него появляется возможность предотвратить повторение патогенной ситуации, используя конструктивные формы поведения, приобретенные во время групповой психотерапии.

**Б. В эмоциональной сфере** задачи охватывают следующие основные аспекты: получение эмоциональной поддержки и формирование более благоприятного отношения к себе, непосредственное переживание нового эмоционального опыта, вербализацию и эксплорацию собственных эмоций, что формирует определенный оптимизм, создает условия для отреагирования как положительных, так и отрицательных эмоций и способствует деактуализации фобических и тревожных переживаний, выравниванию аффекта.

**В. В поведенческой сфере** могут задачи быть определены как формирование эффективной саморегуляции за счет приобретения новых форм поведения, связанных с сотрудничеством, взаимопомощью, ответственностью и самостоятельностью, которые способствуют оптимальной адаптации, более успешному социальному функционированию в реальной жизни и предупреждению рецидивов неконструктивного поведения.

## Используемая литература:

Российское общество психиатров «Диагностика и лечение тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств)» Клинические рекомендации, Москва, 2015

Проект рекомендаций: «Диагностика и терапия тревожных и соматоформных расстройств у больных кардиологического профиля» Смулевич А. Б., Волель Б.А., Трошина Д.В., Копылов Ф.Ю.

Благодарю за внимание!