

# ТРЕВОГА И АСТЕНИЯ – НЕЗАВИСИМЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ



К группе соматической патологии относятся заболевания, вызываемые внешними воздействиями или же внутренними нарушениями работы органов и систем, не связанные с психической деятельностью человека (ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), язвенная болезнь желудка (ЯБЖ), хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ), гастриты, дерматиты и др.)<sup>1</sup>.

Вышеупомянутые заболевания заслуживают особого внимания, так как занимают лидирующие позиции среди причин летальных исходов в мире. К примеру, ишемическая болезнь сердца составляет около 49% в структуре сердечно-сосудистой смертности в России, становясь самой распространенной болезнью, приводящей к летальному исходу<sup>2,3,4,5,6</sup>; заболевание сосудов головного мозга, такое как ХИГМ, равным образом является значимым с позиций смертности и занимают второе место в структуре летальности после различных форм ИБС, распространенность которого составляет 13,3% в структуре заболеваемости, характеризуясь лидирующей позицией по уровню инвалидизации различных групп населения, способствуя утрате трудоспособности и самообслуживания<sup>7</sup>; ХОБЛ, в свою очередь, занимает третье место, что составляет 6% среди всех причин смертей в мире<sup>8,9</sup>.

Помимо катастрофических данных эпидемиологических исследований соматической патологии, зачастую ей сопутствуют психические нарушения: астенические и тревожно-депрессивные расстройства, которые в значительной степени негативно отражаются на общем состоянии пациента, а также вносят дополнительные трудности на пути к выздоровлению<sup>10</sup>.

Распространенность астенических и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями составляет 7–20%, в Российской Федерации данный показатель доходит до 24,2%<sup>11,12,13,14</sup>. Вышеупомянутые нарушения взаимосвязаны с соматической патологией по типу «психическое расстройство усугубляет симптоматику соматического заболевания». Поэтому в настоящее время астеническая и тревожно-депрессивная составляющие различных расстройств признаны общемедицинской проблемой, касающейся не только психиатров, но и врачей любой специальности<sup>15</sup>.

Так, при соматической патологии в период осознания болезни, адаптации к ней и к методам лечения имели место пониженное настроение с преобладанием выраженной тревоги за свое состояние, за будущее, страх перед новыми методами лечения, раздражительность, нарушение сна. Тревожно-депрессивные нарушения в структуре астенического синдрома приводили к трудностям адаптации пациентов на всех этапах лечения<sup>10</sup>.

Например, психоэмоциональные тревожные нарушения у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) могут не только ухудшать течение и прогноз заболевания, но и снижать эффективность медикаментозной терапии и способствовать прогрессированию болезни<sup>16</sup>. Результаты двух крупных эпидемиологических исследований показали, что тревожно-депрессивные расстройства присутствуют у больных АГ (28%), ИБС (31%) и хронической сердечной недостаточностью (38%), а выраженная симптоматика имеется у каждого третьего больного<sup>17,18,19,20</sup>. Для сравнения, популяционная распространенность составляет около 5–11%<sup>21,22,23</sup>. Кроме того, на фоне тревожности повышается вероятность внезапной смерти в 4,5 раза, инфаркта миокарда – в 1,9 раза, частота госпитализаций – в три раза. Тревога увеличивает риск развития АГ в 3,6–6,8 раза, снижает эффективность гипотензивной терапии, а также повышает риск развития ИБС, фибрилляции предсердий, инфаркта миокарда, инсультов<sup>24,25</sup>. При этом расстройства астенического спектра сопутствуют ССЗ в 60% случаев и более<sup>13,26</sup>. Данные расстройства зачастую усиливают проявления вегетативной лабильности: неустойчивое АД (от гипотензии до гипертензии), нарушения ритма сердца (преимущественно в виде тахикардии, но встречается и брадикардия), перебои в ритме сердца<sup>27</sup>.



**Исходя из результатов проведенных клинических исследований**, у больных с сосудистой патологией головного мозга, тревога как сопутствующая патология выявляется у 57% больных, а астения – у 50–100%<sup>28,29,30</sup>. Данные заболевания являются независимыми факторами риска развития ишемического инсульта у пациентов с ХИГМ. Проведенный метаанализ исследований влияния тревожно-депрессивных расстройств на заболеваемость и смертность от инсульта (28 проспективных когортных исследований, включавших более 317 тыс. участников) показал, что тревожно-депрессивные расстройства статистически достоверно увеличивает как риск развития инсульта, так и смертность после инсульта. В исследовании J.Z.Willey и соавт. было обнаружено, что рано возникшие после инсульта астенические и тревожно-депрессивные расстройства являются предикторами более длительной и тяжелой инвалидизации пациентов<sup>31</sup>.

**В случае ХОБЛ астения встречается у 98% пациентов, в то время как тревога у 19–60%**<sup>32,33</sup>. Астенические и тревожно-депрессивные расстройства увеличивают риск обострений ХОБЛ на 56%. Снижение дыхательной функции коррелирует с рецидивом обострений и повторной госпитализацией. Было отмечено, что пациенты, которые связывают ХОБЛ и беспокойство, в большей степени страдают от диспноэ, имеют больше госпитализаций и более высокие показатели смертности. Тревога может даже вызвать приступ одышки низкой интенсивности. Это может усилиться чувством удушья, что создает порочный круг, в котором тревога провоцируется диспноэ, а диспноэ может усугубляться тревогой с последовательным возникновением полипноэ. Этот порочный круг мешал многим пациентам справляться со своей повседневной деятельностью<sup>34</sup>.

Если при относительно благоприятном соматическом состоянии тревожно-депрессивное расстройство не было постоянным и характеризовалось подавленностью, плаксивостью, тревогой за будущее, самообвинениями за неправильное отношение к своему здоровью ранее, то при более тяжелом состоянии обращали на себя внимание брутальность аффекта на фоне выраженной астении<sup>10</sup>.

**Практически любое длительно текущее соматическое заболевание сопровождается проявлениями астении**, что указывает на истощение компенсаторных психофизиологических ресурсов организма с угнетенностью с преобладанием апатии. тенденцией к игнорированию болезни, безучастностью к окружающему миру, категорическим отказом от лечения, что в скором времени являлось повышенным фактором риска летальных исходов<sup>10,35,36</sup>.

При всех типах астении, независимо от этиологии, существенное место в терапии занимает неспецифическая медикаментозная терапия. Она включает препараты, оказывающие антистрессовый и адаптогенный эффекты, улучшающие энергетические процессы, оказывающие антиоксидантное действие<sup>37</sup>. В то время как, для купирования симптомов тревоги могут использоваться препараты различных групп: транквилизаторы, антидепрессанты и различные седативные препараты<sup>38</sup>.

**Среди современных препаратов следует отметить препарат Адаптол (МНН Темгиколурил)** – анксиолитик, обладающий противотревожным, антиастеническим, вегетостабилизирующим, ноотропным и антиоксидантным действием. Адаптол влияет на основные нейромедиаторные системы лимбико-ретикулярного комплекса. Он обладает центральными ГАМК-позитивным, серотонин-позитивным, дофамин-позитивным, антиглутаматным, а также адrenomализующим действием. Адаптол характеризуется рядом преимуществ, относительно других препаратов: высоким профилем безопасности (производное естественного метаболита организма); отсутствием привыкания и синдрома отмены; быстротой действия; не вызывает вялости, сонливости, эмоционального безразличия; отсутствием межлекарственных взаимодействий.

**В клинических исследованиях Адаптол** способствовал статистически значимому уменьшению ситуативной и личностной тревоги, уменьшению психической и общей астении, нормализации вегетативного баланса<sup>39,40</sup>.

Адаптол следует принимать внутрь независимо от приема пищи по 500 мг три раза в сутки. Максимальная разовая доза – 3 г, суточная – 10 г. Поскольку Адаптол не вызывает привыкания и синдрома отмены, обладает оптимальным профилем безопасности, его можно назначать на длительный срок. Длительность курса лечения – до трех месяцев. В течение первого месяца терапии восстанавливается баланс нервной системы, в течение второго месяца – эффект закрепляется, далее усиливаются психотропные и соматотропные эффекты лечения<sup>41</sup>.

**Адаптол может быть препаратом выбора для коррекции астении и психовегетативного синдрома, ассоциированного с тревогой.** Препарат можно назначать в качестве эффективного и безопасного противотревожного средства как коморбидным пациентам с соматической патологией, так и пациентам пожилого возраста с тревожными расстройствами.

Полученные в ходе многочисленных исследований данные о хорошей переносимости и клинических эффектах Адаптола позволяют рекомендовать препарат для использования в широкой клинической практике

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного анализа позволяют утверждать, что применение Адаптола оправдано при тревожных расстройствах у пациентов с соматической патологией.

Включение Адаптола в схему терапии основного заболевания приводит к значимому снижению уровня тревоги.



## Список литературы

1. Березанцев А.Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии. (часть 1) // Российский психиатрический журнал. – 2011. – № 3. – С. 25-30.
2. Гребенчиков И.А., Редкина М.В., Левашов С.Ю. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК В РАЗВИТИИ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН // Современные проблемы науки и образования. – 2011. – № 5; URL: <https://science-education.ru/olap/article/view/144948> (дата обращения: 08.11.2023).
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2002 году // Здравоохранение РФ. – 2004. – № 1. – С. 3-18.
4. Дудко В.А. Атеросклероз сосудов сердца и головного мозга / В.А. Дудко, Р.С. Карпов. – Томск: STT, 2003. – 416 с.
5. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний – основа улучшения демографической ситуации в России / Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2005. – № 3. – С. 4-9.
6. Чазов Е.И. Ишемическая болезнь сердца и возможности повышения эффективности ее лечения // Ишемическая болезнь сердца: материалы форума. – 2000. – С. 2-5.
7. Оганов Р.Г. и др. Молекулярно-генетические механизмы повреждения нейрона при ишемии головного мозга // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2022. – № 1. – С. 5-10.
8. Визель Ю.О. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ: ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.
9. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / R. Lozano, M. Naghavi, K. Foreman [et al.] // Lancet. – 2012. – Vol. 380, № 9859. – P. 2095-2128.
10. Карназов В.Л., Лычева Т.Ю., Курбанов Г.Ф. Особенности депрессивных расстройств при некоторых соматических заболеваниях // XVI Съезд психиатров России: Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием\* Психиатрия на шагах реформ: проблемы и перспективы. – 2015. – С. 641-641.
11. Toft T. et al. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study // Psychological medicine. – 2005. – Т. 35. – № 8. – С. 1175-1184.
12. Coyne J. C. et al. Should we screen for depression? Caveats and potential pitfalls // Applied and Preventive Psychology. – 2000. – Т. 9. – № 2. – С. 101-121.
13. Андрищенко А. В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 1. – С. 14-27.
14. Сиверидино С. И., Галактица К. К. Тревога и депрессия при хронической обструктивной болезни легких // Приложения Соплатил medicis: Болезни органов дыхания. – 2012. – С. 23-26.
15. Тарасов И.Е. Связь тревоги и депрессии с общесоматическими заболеваниями // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 2. – С. 123-130.
16. Драголина О.М. и др. Влияние психосоциальных факторов риска на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21. – № 5. – С. 64-70.
17. Оганов Р. Г. и др. Депрессивные расстройства в общедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // Кардиология. – 2005. – Т. 8. – № 45. – С. 38-44.
18. Ståh J. J. M. H. et al. One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome // Journal of psychosomatic research. – 2004. – Т. 56. – № 1. – С. 59-66.
19. Назов Е. И. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования // Кардиология. – 2007. – Т. 3. – С. 28-37.
20. Федоришина О. В., Протасов К. В., Кулкин С. Г. Тревога, депрессия и качество жизни у больных артериальной гипертензией трудоспособного возраста // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2013. – Т. 121. – № 6. – С. 58-61.
21. Киселева М. Г. Психологические факторы и течение сердечно-сосудистых заболеваний // Национальный психологический журнал. – 2012. – № 1. – С. 124-130.
22. Tarassova T. В. Депрессия у больных ишемической болезнью сердца и новые возможности ее лечения // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4. – № 5. – С. 195-199.
23. Licht C. M. Geus de E.J. Association between anxiety disorder and heart rate variability // Psychosomatic medicine. – 2009. – Т. 71. – С. 508-518.
24. Эзаева Е.Ю. Тревога и сердечно-сосудистые заболевания // Медицинский форум. Научно-практическая конференция «Кардионеврология-2023. Две столицы». Весенняя сессия. – 2013. – С. 48-50.
25. Гуров В. А., Медведев В. Э. Тревожные расстройства в общей врачебной практике: аспекты клиники и терапии // Архив внутренней медицины. – 2011. – № 2. – С. 15-19.
26. Benington D. et al. Influence of anxiety on the course of heart disease after acute myocardial infarction—risk factor or protective function? // Psychotherapy and psychosomatics. – 2005. – Т. 75. – № 1. – С. 56-61.
27. Копылов Ф. Ю., Никитина Ю. М., Мокун Е. А. Астенческий синдром в кардиологической практике // CardioSomatics. – 2011. – Т. 2. – № 1. – С. 71-75.
28. Мокина Т. В., Антипина Е. А., Густов А. В. Астенческий синдром при хронической ишемии мозга // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2009. – № 1. – С. 89-94.
29. Танащан М. М., Бархатов Д. Ю., Конавалов Р. Н. Когнитивные расстройства и астенические проявления при церебральном атеросклерозе и гипертонии на фоне метаболического синдрома // Невральные болезни. – 2014. – № 2. – С. 20-24.
30. Najafabadi O., Valletti T., Sleep-Burkey M. K. Fatigue characteristics in multiple sclerosis: the North American Research Committee on Multiple Sclerosis (NARCOMS) survey // Health and Quality of Life Outcomes. – 2008. – Т. 6. – № 1. – С. 1-11.
31. Волоческая Т. Г. Депрессия при сосудистых заболеваниях головного мозга // Медицинский совет. – 2010. – № 4. – С. 12-16.
32. Новиков Д.А. ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ // ИСТОРИЧЕСКИЕ, ФИЛОСОФСКИЕ, МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ НАУКИ. – 2022. – С. 382-386.
33. Василькова Т. Н. и др. Нековариционные факторы риска прогрессирования хронической обструктивной болезни легких, ассоциированной с гипертензивной болезнью // Уральский медицинский журнал. 2013. Т. 109 № 4. – 2013.
34. Lavin C. et al. Chronic obstructive pulmonary disease patients with psychiatric disorders are at greater risk of exacerbations // Psychosomatic Medicine. – 2009. – Т. 71. – № 6. – С. 667-674.
35. Щукин И.А. и др. Астения у пациентов с хроническими неврологическими заболеваниями // Клиницист. – 2013. – № 2. – С. 64-72.
36. Zwarts M.J., Blijenberg G., van Engelen B.G. Clinical neurophysiology of fatigue. Clin Neurophysiol 2008;119(1):2-10
37. Воробьева, О.В. Многогранность феномена астении. РМЖ 2012; 248-251.
38. Ладженский М. Я., Гордичнев А. В., Костюкова Е. Г. Актуальные тенденции в терапии тревожных расстройств // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – № 3. – С. 15-22.
39. Захаров В.В., Троицкая Д.О. Коморбидные тревожные расстройства у неврологических пациентов: подходы к терапии. Поведенческая неврология. 2023; 1(1):2-6
40. Крайновский С.М., Самушина М.А., Иосава И.К., Берестовой М.А. Эффективность Адаптола в терапии тревожно-депрессивного синдрома у пациентов с соматической патологией: систематический анализ. Кремлиевская медицина. Клинический вестник. 2023; 1: 43-50
41. ИМП Адаптол от 06.07.2023

Материал предназначен для медицинских и фармацевтических работников.  
RUADA2568 от 10.11.2023

