

# Стратегия ведения и профилактики психоэмоциональных нарушений в практике терапевта

**В.Н. Шишкова**<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-1042-4275>, [veronika-1306@mail.ru](mailto:veronika-1306@mail.ru)

<sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины; 101000, Россия, Москва, Петроверигский пер., д. 10

<sup>2</sup> Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова; 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

## Резюме

Психоэмоциональные нарушения, такие как тревожные расстройства, острый и хронический стресс, являются значимыми факторами риска развития и осложненного течения как основных сердечно-сосудистых, так и других распространенных хронических неинфекционных заболеваний. Психоэмоциональные нарушения существенно снижают мотивацию и приверженность больных к изменению образа жизни и медикаментозной терапии, значимо ухудшают качество жизни, увеличивают риск инвалидизации и расходы системы здравоохранения. Актуальность вопросов диагностики и коррекции психоэмоциональных нарушений в практике врачей-терапевтов обусловлена, с одной стороны, высокой частотой встречаемости данных нарушений у пациентов с сердечно-сосудистыми и другими хроническими заболеваниями, ухудшением качества жизни и увеличением числа неблагоприятных исходов, а с другой – недостаточным уровнем осведомленности о рисках, связанных со сферой психоэмоционального состояния пациентов. Коррекция психоэмоциональных нарушений включает как медикаментозные, так и немедикаментозные методы. Препаратами первой линии в терапии большинства обсуждаемых расстройств являются антидепрессанты из класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина либо серотонина и норадреналина. Однако при их назначении необходимо учитывать широкий спектр возможных побочных эффектов у пациентов с хроническими, в т. ч. сердечно-сосудистыми заболеваниями. В реальной клинической практике чаще применяются препараты с быстронаступающим успокаивающим и противотревожным действием, т. е. транквилизаторы. Наиболее перспективным в терапевтической и кардиологической практике из данной группы препаратов является тофизопам. Эффективность и безопасность тофизопاما изучены в многочисленных исследованиях у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и широким спектром тревожных расстройств, в т. ч. при длительном применении препарата.

**Ключевые слова:** острый стресс, хронический стресс, тревога, тревожные расстройства, сердечно-сосудистые заболевания, тофизопам

**Для цитирования:** Шишкова В.Н. Стратегия ведения и профилактики психоэмоциональных нарушений в практике терапевта. *Медицинский совет.* 2023;17(6):76–82. <https://doi.org/10.21518/ms2023-077>.

**Конфликт интересов:** автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

## Strategy for the management and prevention of psycho-emotional disorders in the GP's practice

**Veronika N. Shishkova**<sup>1,2</sup>, <https://orcid.org/0000-0002-1042-4275>, [veronika-1306@mail.ru](mailto:veronika-1306@mail.ru)

<sup>1</sup> National Medical Research Center for Preventive Medicine; 10, Petroverigskiy Lane, Moscow, 101990, Russia

<sup>2</sup> Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry; 20, Bldg. 1, Delegatskaya St., Moscow, 127473, Russia

## Abstract

Psycho-emotional disorders, such as anxiety disorders, acute and chronic stress, are significant risk factors for the development and complicated course of both major cardiovascular and other common chronic non-communicable diseases. The psycho-emotional disorders significantly reduce patients' motivation and adherence to lifestyle changes and drug therapy, significantly worse quality of life, increase the risk of disability and healthcare system expenditures. The topicality of the issues of diagnosis and management of psycho-emotional disorders in the general practitioner's practice is caused, on the one hand, by high rates of these disorders in patients with cardiovascular and other chronic diseases, deterioration in quality of life and an increase in adverse outcomes, and on the other hand, inadequate awareness of the risks associated with the sphere of psycho-emotional status in patients. The management of psycho-emotional disorders includes both pharmacological and non-pharmacological treatments. Antidepressants that fall into the class of selective serotonin or serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors are the first-line drugs used for the treatment of most of the disorders discussed. However, prescription of these drugs requires to take into account a wide range of possible side effects in patients with chronic diseases, including CVDs. Drugs that have fast onsets of sedative and anti-anxiety action, also known as tranquilizers, are more widely used in real-world clinical practice. Tofisopam is the most promising from this group of drugs in therapeutic and cardiological practice. The efficacy and safety of tofisopam have been studied in numerous studies in patients with chronic non-communicable diseases and a wide range of anxiety disorders, including the long-term use of the drug.

**Keywords:** acute stress, chronic stress, anxiety, anxiety disorders, cardiovascular diseases, tofizopam

**For citation:** Shishkova V.N. Strategy for the management and prevention of psycho-emotional disorders in the GP's practice. *Meditsinskiy Sovet.* 2023;17(6):76–82. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-077>.

**Conflict of interest:** the author declare no conflict of interest.

## ВВЕДЕНИЕ

В современном мире отмечается значимое возрастание распространенности нарушений в психоэмоциональной сфере здоровья населения многих стран, что неразрывно связано с увеличением развития сердечно-сосудистых (ССЗ) и других хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). В свою очередь, наличие ССЗ увеличивает риск формирования психоэмоциональных нарушений почти в 3 раза по сравнению со здоровыми лицами, что приводит к значительному ухудшению прогноза как вследствие сердечно-сосудистых осложнений, так и других причин смерти, включая реализованные попытки суицида [1]. К очевидным последствиям пандемии новой коронавирусной инфекции также относится значительный рост числа нарушений в психоэмоциональной сфере у большинства переболевших, что оказывает серьезное влияние как на прогноз основного заболевания, так и на качество жизни пациентов [2]. В то же время в ежедневной клинической практике подобные взаимосвязи врачами-интернистами часто оставлены без должного внимания, вероятнее всего, ввиду недостаточной осведомленности о рисках, связанных со сферой психоэмоциональных нарушений у пациентов.

Таким образом, психоэмоциональные факторы риска (ПЭМ ФР) представляют собой нарушения в эмоциональной сфере или изменения настроения человека, которые могут быть вызваны внешними причинами, такими как ХНИЗ, интоксикации, травмы, социально-экономические события и др. [3]. Необходимо подчеркнуть, что ПЭМ ФР значимо снижают качество жизни, ухудшают течение ХНИЗ, негативно влияют на мотивацию к изменению образа жизни и сводят к минимуму состояние приверженности к проведению любой терапии.

Среди основных ПЭМ ФР, увеличивающих риск возникновения и развития ССЗ и других ХНИЗ, выделяют: 1) острый и хронический стресс (или острое и хроническое психоэмоциональное напряжение), 2) тревожные состояния, 3) депрессивные состояния, 4) жизненное истощение, 5) враждебность и гнев [3]. Однако наиболее часто встречающимися ПЭМ ФР в практике врачей-терапевтов являются тревожные расстройства, а также последствия острого и хронического стресса у пациентов любого возраста вне зависимости от основного заболевания.

## СТРЕСС И ТРЕВОГА – ВАЖНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЛЯ ТЕРАПЕВТА

В медицинском и физиологическом значении под стрессом понимается неспецифическая реакция организма на физическое или психологическое воздействие, нарушающая его гомеостаз. Известно, что последствия стрессов

оказывают негативное влияние на состояние здоровья, качество жизни и трудоспособность населения [4]. Лица, испытывающие хронический стресс, часто не склонны придерживаться здорового образа жизни, скорее, им присущ обратный поведенческий стереотип, проявляющийся в тенденциях к гиподинамии, избыточному и нерациональному стилю в питании, курению и злоупотреблению алкоголем, что в совокупности оказывает неблагоприятное влияние на состояние здоровья и качество жизни в целом. Следует подчеркнуть, что острые стрессы, особенно связанные с серьезными физическими и психическими травмами (угроза смерти, смерть близких, стихийные бедствия, военные и другие катастрофические события), сочетающиеся с последующими многократными переживаниями травмирующих событий, также являются важными факторами риска развития ССЗ и других ХНИЗ (сахарного диабета, ожирения, заболеваний желудочно-кишечного тракта и дыхательной системы), а также способны провоцировать осложнения и увеличивать смертность [1].

Наиболее частыми психоэмоциональными последствиями острых и хронических стрессов являются тревога и тревожные расстройства. Распространенность тревоги в нашей стране по данным эпидемиологических исследований составляет в общей популяции около 18%, а среди обращающихся за первичной медицинской помощью в учреждения здравоохранения – около 50% среди всех пациентов с ССЗ [5–8]. Полученные данные о негативном влиянии тревоги на развитие и прогрессирование ХНИЗ, в т. ч. наиболее распространенных ССЗ (артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, хронической сердечной недостаточности, фибрилляции предсердий и других нарушениях сердечного ритма и др.), свидетельствуют о необходимости раннего скрининга, коррекции и профилактики данных состояний с целью улучшения не только качества жизни пациентов, но и прогноза ССЗ [9].

Тревожные расстройства представляют собой группу психоэмоциональных нарушений, основным проявлением которых является чувство тревоги, возникающее по причинам, не представляющим реальную опасность. Тревожные расстройства (ТР) характеризуются появлением негативных эмоций, таких как тревога или страх, соматовегетативных реакций и поведенческих симптомов [10]. Наиболее частым вариантом среди всех ТР является генерализованное тревожное расстройство (ГТР), которое более распространено у женщин, чем у мужчин (примерное соотношение 3:1). ГТР характеризуется устойчивой тревогой и напряжением, не вызванными какими-либо особыми внешними обстоятельствами и приводящими к выраженной дезадаптации и повышенному суицидальному риску [11]. Следует подчеркнуть, что тревога и напряжение в рамках ГТР не поддаются созна-

тельному контролю, т. е. таким пациентам невозможно справиться с тревогой усилием воли или рациональными убеждениями. Также необходимо отметить для понимания, что интенсивность тревожных переживаний пациента несоизмерима его актуальной жизненной ситуации.

Следующими по частоте развития являются тревожно-фобические расстройства (ТФР), в клинической картине которых преобладает предметная тревога, страх определенных ситуаций или объектов, которые не представляют реальной опасности [12]. Клиническими вариантами ТФР могут быть агорафобия (боязнь открытых пространств); клаустрофобия (боязнь замкнутых пространств); социальная фобия (страх взаимодействия с другими людьми); изолированная фобия (боязнь полетов на самолете (аэрофобия) или высоты (акрофобия) и т. д.). ТФР встречаются с частотой 5–12%, чаще у женщин, кроме социальных фобий.

Паническое расстройство (ПР) (или эпизодическая пароксизмальная тревога) – также одно из наиболее распространенных ТР, которое проявляется повторными приступами паники, возникающими спонтанно, непредсказуемо для пациента, без связи со специфическими ситуациями, конкретными объектами, физическим напряжением или опасными для жизни ситуациями [10]. Ключевым отличием ПР является формирование страха ожидания нового приступа и, как следствие, появление охранительного поведения, т. е. избегания мест и ситуаций, в которых уже возникала паника, например общественного транспорта или мест большого скопления людей и т. п. ПР наиболее часто встречается в возрасте от 25 до 64 лет, в основном у женщин.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается вследствие мощного психотравмирующего воздействия, часто катастрофического характера, сопровождающееся экстремальным стрессом [10]. Основными клиническими проявлениями ПТСР являются повторные переживания элементов страшного события в форме ярких флешбэков, повторяющихся кошмарных сновидений, что сопровождается сильной тревогой и паникой, но возможно также гневом, злостью, чувством вины или безнадежности. Симптомы возникают обычно в течение шести месяцев от стрессового воздействия.

## АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Учитывая столь тесную связь между развитием тревожных и постстрессорных расстройств с высоким риском ССЗ и других ХНИЗ, а также с ухудшением прогноза, международными и отечественными экспертами было предложено проводить скрининг ПЭМ ФР с частотой от 2 до 4 раз в течение года наблюдения за пациентом [3, 12]. Для скрининга состояний тревоги и депрессии врачам-терапевтам и кардиологам можно применять шкалу HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), что может помочь с дальнейшим планированием терапевтической стратегии в отношении пациента [1]. Необходимо также принять во внимание, что в некоторых ситуациях пациентам, обратившимся к терапевту или другому специалисту, может потребоваться

консультация врача-психиатра. Главными аргументами для такого решения будут выявленные у пациента суицидальные мысли, намерения или действия, в т. ч. и в анамнезе, а также наличие продуктивной психотической симптоматики (бред и/или галлюцинации), психические заболевания в анамнезе или набранные более 11 баллов в скрининге по шкале HADS [3]. Важно подчеркнуть, что выявление суицидального поведения относится к компетенциям врача любой специальности, не только врача-психиатра, поскольку возрастание угрозы суицида у пациентов с ТР является клиническим фактом.

Также важно принять во внимание, что в рутинной практике врач-терапевт часто видит, что пациент, не осознавая свою тревогу и не сообщая о своих переживаниях, начинает предъявлять жалобы на симптомы, возникновение которых обусловлено тревогой (учащение частоты сердечных сокращений, повышение артериального давления, головная боль, одышка, головокружение, повышенная потливость и т. д.). В таких случаях, как правило, назначается терапия в соответствии с характером соматических симптомов, что зачастую не может являться эффективной стратегией. Для врачей-терапевтов дополнительным ориентиром в клинических проявлениях ТР могут служить следующие симптомы (*рис.*). Следует подчеркнуть, что ТР устанавливаются после исключения соматической патологии, при которой могут наблюдаться схожие с тревогой клинические проявления, однако присутствие перечисленных симптомов является поводом заподозрить у пациента ТР. Следующим шагом может стать определение выраженности проявлений тревоги, с этой целью применяется опросник GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), поскольку он был разработан для выявления и оценки степени тяжести большинства ТР в практике врача-терапевта [13]. Исходя из полученных результатов, тем пациентам, которые набрали более 10 баллов (т. е. выраженная тревога), должна быть также рекомендована консультация врача-психиатра с целью дообследования. Всем пациентам, набравшим менее 10 баллов по опроснику GAD-7 (т. е. с умеренной тревогой), возможно назначение терапии в соответствии с клиническими рекомендациями [10, 11].

## ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА

Стратегия ведения пациентов с тревогой включает одномоментное применение как немедикаментозных методов терапии и профилактики, так и назначение лекарственной терапии. Основные немедикаментозные методы профилактики и коррекции ТР и состояний, связанных со стрессом, представлены в *таблице*. В качестве главного метода профилактики можно назвать обучение техникам управления стрессом и навыкам стрессоустойчивости, что может способствовать эффективному и безопасному выходу из различных стрессовых ситуаций, а также влиять на риски, связанные с психоэмоциональными нарушениями [3]. Формирование с помощью тренингов ощущения