

- response to therapy with ursodeoxycholic acid // *Hepatology*. — 2002. — Vol. 35. — P. 409—413.
16. Kanzler S., Bozkurt S., Herkel J. et al. Nachweis von SLA/LP-Autoantikörpern bei Patienten mit primär biliärer Zirrhose als Marker für eine sekundäre autoimmune Hepatitis (Overlapsyndrom) // *Dtsch. Med. Wschr.* — 2001. — Bd 126. — S. 450—456.
  17. Kaya M., Angulo P., Lindor K. D. Overlap of autoimmune hepatitis and primary sclerosing cholangitis: an evaluation of a modified scoring system // *J. Hepatol.* — 2000. — Vol. 33. — P. 537—542.
  18. Kloppel G., Seifert G., Lindner H. et al. Histopathological features in mixed types of chronic aggressive hepatitis and primary biliary cirrhosis. Correlations of liver histology with mitochondrial antibodies of different specificity // *Virch. Arch. Pathol. Anat. Histol.* — 1977. — Bd 373 — S. 143—160.
  19. Krams S. M., Van de Water J., Coppel R. L. et al. Analysis of hepatic T-lymphocyte and immunoglobulin deposits in patients with primary biliary cirrhosis // *Hepatology*. — 1990. — Vol. 12. — P. 306—313.
  20. Li C. P., Tong M. J., Hwang S. J. et al. Autoimmune cholangitis with features of autoimmune hepatitis: successful treatment with immunosuppressive agents and ursodeoxycholic acid // *J. Gastroenterol. Hepatol.* — 2000. — Vol. 15. — P. 95—98.
  21. Lindor K. D. Ursodiol for primary sclerosing cholangitis. Mayo Primary Sclerosing Cholangitis-Ursodeoxycholic Acid Study Group // *N. Engl. J. Med.* — 1997. — Vol. 336. — P. 691—695.
  22. Lohse A. W., zum Buschenfelde K. H., Franz B. et al. Characterization of the overlap syndrome of primary biliary cirrhosis and autoimmune hepatitis: evidence for it being a hepatic form of PBC in genetically susceptible individuals // *Hepatology*. — 1999. — Vol. 29. — P. 1078—1084.
  23. Michieletti P., Wanless I. R., Katz A. et al. Antimitochondrial antibody negative primary biliary cirrhosis: a distinct syndrome of autoimmune cholangitis // *Gut*. — 1994. — Vol. 35. — P. 260—265.
  24. Minak G., Sutherland L. R., Pappas C. et al. Autoimmune chronic active hepatitis (lupoid hepatitis) and primary sclerosing cholangitis in two young adult females // *Can. J. Gastroenterol.* — 1988. — Vol. 2. — P. 22—27.
  25. Mitchell S. A., Bansi D. S., Hunt N. et al. A preliminary trial of high-dose ursodeoxycholic acid in primary sclerosing cholangitis // *Gastroenterology*. — 2001. — Vol. 121. — P. 900—907.
  26. Rust C., Beuers U. Medical treatment of primary biliary cirrhosis and primary sclerosing cholangitis // *Clin. Rev. Allergy Immunol.* — 2005. — Vol. 28. — P. 135—145.
  27. Silveira M. G., Talwalkar J. A., Angulo P., Lindor K. D. Overlap of autoimmune hepatitis and primary biliary cirrhosis: longterm outcomes // *Am. J. Gastroenterol.* — 2007. — Vol. 102. — P. 1244—1250.
  28. Terjung B., Spengler U. Role of auto-antibodies for the diagnosis of chronic cholestatic liver diseases // *Clin. Rev. Allergy Immunol.* — 2005. — Vol. 28. — P. 115—133.
  29. Wurbs D., Klein R., Terracciano L. M. et al. A 28-year-old woman with a combined hepatic/cholestatic syndrome (clinical conference) // *Hepatology*. — 1995. — Vol. 22. — P. 1598—1605.

Поступила 06.12.11

## Сведения об авторах:

Бурневич Э. З., д-р мед. наук, проф. каф. терапии и профзаболеваний ФППО ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова; Арион Е. А., врач отделения гепатологии клиники нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний им. Е. М. Тареева ФППО ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова; Александрова Е. А., аспирант каф. терапии и профзаболеваний ФППО ГОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова.

## Для контактов:

Бурневич Эдуард Збгневич. Телефон: 8-903-661-13-98; e-mail: eduard.z.burnevich@mtu-net.ru

© В. Э. МЕДВЕДЕВ, 2012

УДК 616.89-02:616.1]-085

В. Э.Медведев

## ОСОБЕННОСТИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ИМЕЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ ПАТОЛОГИЮ

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов, Москва

*При профилактике и лечении психопатологических расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях кардиостационара используют применяемые в психиатрии методы психофармакотерапии и психотерапии. В исследовании при дифференцированной оценке установлено, что эффективность комбинированной психофармакотерапии с психотерапевтическим воздействием превосходит результативность только психофармакотерапии. Доказаны возможность, необходимость и эффективность проведения адекватной, индивидуально подобранной профилактической и купирующей психофармакотерапии и психотерапии, опосредованно стабилизирующих физиологические показатели.*

Ключевые слова: профилактика, лечение, психопатологические расстройства, кардиология.

### PECULIARITIES OF PRIMARY AND RECURRING REHABILITATION OF PATIENTS WITH PSYCHOPATHIC DISTURBANCES AND CARDIOVASCULAR PATHOLOGY

V.E Medvedev

*Regular methods of psycho-pharmacotherapy and psychotherapy are used during treatment and prophylaxis of patients with psychopathological disturbances and cardio-vascular pathology in the cardiac department of the hospital. According to the estimation performed, psycho-pharmacotherapy and psychotherapy combination has shown greater effectiveness in*

*comparison to solely psycho-pharmacotherapy. It has been proven that individually selected psycho-pharmacotherapy and psychotherapy increases the effectiveness and stabilizes physiological values.*

*Key words: prophylaxis, treatment, psychopathological disturbances, and cardiology.*

В последние десятилетия в ряде публикаций приводятся свидетельства положительного влияния на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) своевременного начатого лечения сопутствующих психопатологических расстройств.

При этом при профилактике и лечении психопатологических расстройств у больных с ССЗ в условиях кардиостационара используются применяемые в психиатрии методы психофармакотерапии и психотерапии.

На основании исследований и опыта клинического применения спектр назначаемых препаратов включает средства, в наибольшей мере соответствующие таким требованиям общемедицинской сети, как минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, ограниченность признаков поведенческой токсичности, низкая вероятность нежелательных взаимодействий с кардиотропными и вазоактивными препаратами, безопасность при передозировке, простота использования (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации) [1, 6, 10, 14].

При использовании психотропных средств рекомендовано начинать и придерживаться монотерапевтического подхода [4, 5, 9], назначения лекарственных средств в малых дозах, постепенного увеличения суточного количества препарата для установления индивидуальной переносимости и предотвращения нежелательных явлений [3, 11, 14].

Другая неотъемлемая часть современного лечения и профилактики ССЗ — психотерапевтическое воздействие [2, 13, 15]. Психокоррекционная работа включает элементы поддерживающей психотерапии, направленной на редукцию чувства страха, отчаяния и беспомощности, коррекцию катастрофического образа болезни путем подключения элементов рационально-разъяснительной психотерапии (убеждение пациента в гипертрофированности его опасений). Важнейший этап психотерапевтического процесса — формирование более адекватной позиции пациента по отношению к заболеванию посредством проведения когнитивно-бихевиоральной психотерапии, ориентированной на выработку у пациента позиции соучастия в процессе лечения, самостоятельных действий в плане ограничения нагрузки, приема лекарств, диеты и т. д. [12, 13, 17].

Целью исследования, являющегося частью программы кафедры психосоматической патологии РУДН по накоплению и изучению данных об использовании психотропных препаратов разных классов и психотерапевтических методик для профилактики и терапии психопатологических расстройств у больных с соматическими заболеваниями, было изучение и сравнение эффективности и переносимости психофармакотерапии и комбинированной (психотропные средства и психотерапия) купирующей и профилактической терапии актуальных психопатологических расстройств у больных с ССЗ.

**Материал и методы.** В исследование включен 121 больной: 79 (65,3%) женщин, 42 (34,7%) мужчины в возрасте 18—65 лет (средний возраст  $53,4 \pm 2,9$  года), прошедший обследование и лечение в отделении неотложной кардиологии городской клинической больницы № 71 Москвы, страдающий коморбидными психопатологическими расстройствами легкой или средней степени тяжести, соответствующими критериям МКБ-10 для тревожных (F40.0—F41.9) или соматоформных (F45.0—F45.9) расстройств, расстройств приспособительных реакций (F43.2), неврастении (F48.0) или соматогенной астении (органического эмоционально лабильного расстройства, F06.6), давший информированное согласие на участие в исследовании.

Все больные получали базовую стандартизованную терапию, включающую различные кардиотропные, антиаритмические и гипотензивные препараты — нитраты,  $\beta$ -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, антиагреганты, центральные  $\alpha_2$ -адреномиметики, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антиаритмические средства, сердечные гликозиды, мочегонные препараты.

Спектр психопатологических расстройств у больных с различными ССЗ несколько различался: депрессивный эпизод легкой или средней степени тяжести наблюдали у 21,4% больных с фибрилляцией предсердий (ФП), 23% больных гипертонической болезнью и 37,5% больных ишемической болезнью сердца (ИБС), соматизированное (в том числе конверсионное) расстройство — у 7,1, 2,5 и 18%, ипохондрическое расстройство — у 42,5, 30 и 35,8%, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (кардионевроз, синдром гипервентиляции и др.) — у 11,5, 2,5 и 23% больных соответственно, смешанное тревожное и депрессивное расстройство — у 7,1% больных с ФП и 15% больных ИБС, неврастения — у 4,8% больных с аритмией и 5% больных ИБС, фобические тревожные расстройства — только у 4,8% больных с ФП, острая реакция на стресс — только у 7,5% больных с ИБС.

В ходе терапии использовали психотропные препараты, характеризующиеся, по данным литературы, сравнительно широким терапевтическим диапазоном и хорошей переносимостью у больных с различными соматическими заболеваниями, включая ССЗ, оказывающие минимальное влияние на соматические функции, с низкой вероятностью неблагоприятного взаимодействия с соматотропными лекарствами (алимемазин 2,5—20 мг/сут, сульпирид 50—300 мг/сут, кветиапин 25—200 мг/сут, хлорпротиксен 10—100 мг/сут, тиоридазин 30—60 мг/сут, агомелатин 25—50 мг/сут, миртазапин 15—45 мг/сут, эсциталопрам 5—20 мг/сут, циталопрам 10—40 мг/сут, пароксетин 10—60 мг/сут, флувоксамин 25—150 мг/сут, сертралин 50—300 мг/сут, флуоксетин 20—40 мг/сут, венлафаксин 18,75—75 мг/сут, дулоксетин 60—120 мг/сут, милнаципран 50—300 мг/сут, морфолиноэтилтиозоксидбензимидазол 10—60 мг/сут, лоразепам 1,25—5 мг/сут, альпразолам 1—2 мг/сут, клоназепам 0,25—2 мг/сут, рац-гопантановая кислота (D,L-гопантановая кислота) 600—2400 мг/сут, этилметилгидроксипиридина сукцинат 125—750 мг/сут) [5, 7—9, 14, 16].

Основными методами психотерапевтического воздействия в 58 (47,9%) наблюдениях, осуществлявшегося профессиональными специалистами-психотерапевтами, сотрудниками кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФПК МР\*, были поддерживающая, интерперсональная, когнитивно-бихевиоральная психотерапия в 26 (21,5%) наблюдениях, транс-

\* Психотерапию проводили при участии врачей-психотерапевтов — кандидатов медицинских наук Н. Л. Зуйковой, А. М. Бурно, И. В. Салынцева, С. В. Некрасовой, И. К. Чобану, В. А. Овсянникова.

Таблица 1

**Эффективность монотерапии некоторыми психотропными препаратами у больных с ССЗ**

| Препарат                            | Доля респондеров, % | Длительность терапии, нед |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------------|
| Агомелатин                          | 80,0                | 6                         |
| Циталопрам                          | 63,3                | 6                         |
| Пароксетин                          | 60,0                | 4                         |
| Сертралин                           | 63,3                | 6                         |
| Милнаципран                         | 66,7                | 6                         |
| Венлафаксин                         | 63,3                | 4                         |
| (D,L)рац-гопантенная кислота        | 74,5                | 6                         |
| Морфолиноэтилтиоэтоксипбензимидазол | 70,0                | 6                         |

актный анализ в 14 (11,6%), семейная и групповая психотерапия в 7 (5,8%). В 12 (9,9%) наблюдениях использовали гипноз, методы мышечной релаксации, кинезитерапии.

Критериями эффективности купирующей терапии являлось уменьшение выраженности текущей психопатологической симптоматики в течение 6—8-недельного курса на 50% и более (респондеры), 100% (реммиттеры) по результатам тестирования с помощью психометрических методик (оценочная клиническая шкала тревоги Шихана, 24-балльная шкала оценки депрессии Гамильтона, шкала общего клинического впечатления).

Для оценки нежелательных явлений, определения переносимости и безопасности психофармакотерапии использовали шкалу оценки побочных эффектов (УКУ).

**Результаты и обсуждение**

Данные собственных психофармакотерапевтических исследований эффективности и переносимости монотерапии некоторыми из перечисленных препаратов представлены в табл. 1 и 2.

В ходе исследования при дифференцированной оценке установлено, что эффективность комбинированной психофармакотерапии с психотерапевтическим воздействием на уровне тенденции превосходит результативность только психофармакотерапии (табл. 3).

Анализ катамнестических данных 69 (57%) больных, получавших на фоне базовой соматотропной

Таблица 2

**Переносимость монотерапии некоторыми психотропными препаратами у больных с ССЗ**

| Препараты                           | Доля больных, % |  |
|-------------------------------------|-----------------|--|
|                                     | с НЯ            | преждевременно завершивших монотерапию |
| Антидепрессанты                     |                 |  |
| Агомелатин                          | 16,7            | 0                                      |
| Милнаципран                         | 23,3            | 13,3                                   |
| Венлафаксин                         | 36,7            | 13,3—23,3                              |
| Пароксетин                          | 33,3            | 3,3                                    |
| Сертралин                           | 20              | 6,7                                    |
| Циталопрам                          | 26,7            | 10,0                                   |
| Анксиолитики                        |                 |  |
| Морфолиноэтилтиоэтоксипбензимидазол | 23,3            | 0                                      |
| Ноотропные препараты                |                 |  |
| (D,L)рац-гопантенная кислота        | 23,3            | 0                                      |

терапии профилактическую комбинированную терапию и психофармакотерапию, позволяет достоверно определить протективный эффект комплексного лечения у больных с ССЗ (табл. 4).

Установлено, что у больных с ССЗ регулярная психотерапия и адекватная (по эффективности и переносимости) психофармакотерапия в профилактических целях в течение 0,5—1,5 года статистически достоверно приводят к уменьшению частоты возникновения обострений ССЗ (приступов стенокардии, подъемов артериального давления, гипертонических кризов, пароксизмов аритмии, усиление хронической сердечной недостаточности и обращаемости к специалистам-кардиологам по поводу не обусловленной объективной (по данным лабораторных, физикальных и инструментальных обследований) тяжестью ССЗ соматоформной симптоматики (сенсопатии, кардиалгии, цефалгии, панические атаки,

Таблица 3

**Сравнительная эффективность (в %) психофармакотерапии и комбинированной терапии при двух типах течения ССЗ (n = 121)**

| Оценка эффективности | Психофармакотерапия (n = 63) | Комбинированная терапия (n = 58) | Всего     |
|----------------------|------------------------------|----------------------------------|-----------|
| Респондеры           | 35,9—40,2                    | 41—45,1                          | 76,9—85,3 |
| Ремиссия             | 23,1—28                      | 25,6—30,5                        | 48,7—58,5 |

Таблица 4

**Профилактический эффект психофармакотерапии и комбинированной терапии при двух типах течения ССЗ (n = 69)**

| Показатель                                     | Психофармакотерапия (n = 42) | Комбинированная терапия (n = 27) |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| Частота возникновения обострений ССЗ, раз/год: |                              |                                  |
| до терапии                                     | 7,1 ± 4,4                    | 7,8 ± 3,7                        |
| на фоне терапии                                | 2,9 ± 1,5*                   | 2,1 ± 1,1*                       |
| Обращаемость к кардиологам, раз/год:           |                              |                                  |
| до терапии                                     | 14,1 ± 5,3                   | 13,9 ± 4,9                       |
| на фоне терапии                                | 8,7 ± 3,9*                   | 5,2 ± 2,6*                       |

Примечание. \* — различия статистически достоверны ( $p < 0,01$ ).

“предобморочные” состояния, синдром гипервентиляции, астения и т. п.).

### Заключение

В ходе исследования доказаны возможность, необходимость и эффективность проведения адекватной, индивидуально подобранной психофармакотерапии и психотерапии у больных с ССЗ.

Особенности динамики психосоматических ССЗ диктуют и своеобразие терапевтического вмешательства: у пациентов с психопатологическими расстройствами на фоне базовой соматотропной терапии необходимо присоединить психотропные средства (анксиолитики, антидепрессанты, антипсихотики, снотворные, ноотропы), опосредованно стабилизирующие физиологические показатели. Кроме того, весь процесс профилактического и купирующего лечения при ССЗ должен сопровождаться курсом психотерапии, направленной на коррекцию личностных черт больного, его реакции на окружающее, разрешение психотравмирующей ситуации, урегулирование взаимоотношений в семье и т. д. Только весь лечебный комплекс может способствовать выздоровлению. Для претворения этого комплекса в жизнь требуются консультация и помощь психиатра, психотерапевта или психолога.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют также о том, что для лечения психопатологических расстройств у больных с ССЗ в большинстве случаев могут быть рекомендованы сравнительно низкие (в сравнении с используемыми в “большой” психиатрии) дозы психофармакологических препаратов. Соответственно психофармакотерапия у больных с ССЗ в условиях стационара может осуществляться после консультации психиатра кардиологом самостоятельно. В регулярном наблюдении психиатра нуждаются только больные с затяжными психопатологическими состояниями.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Абсеитова С. Р.* Сравнительная эффективность различных вариантов психофармакотерапии у больных с острым инфарктом миокарда и невротическими тревожно-депрессивными расстройствами // Псих. расстройства в общ. мед. — 2009. — № 4. — С. 26—30.
2. *Бурно М. Е., Иговская А. С.* Психотерапия пациентов с расстройствами личности, характеризующимися преобладанием ипохондрии // Журн. неврол. и психиатр. — 2008. — Т. 108, № 12. — С. 27—31.

3. *Головачева Т. В., Скворцов В. В., Скворцов К. Ю.* К вопросу о безопасности применения антидепрессантов в кардиологической практике // Псих. расстройства в общ. мед. — 2008. — № 4. — С. 23—28.
4. *Гуров В. А., Медведев В. Э.* Тревожные расстройства в общей медицине (аспекты клиники и терапии) // Арх. внутр. мед. — 2011. — № 2. — С. 15-19.
5. Кардиология: Нац. руководство / Под. ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. — М., 2007. — С. 1141—1170.
6. *Медведев В. Э.* Лечение наиболее распространенных психических расстройств у кардиологических пациентов: место современных ноотропных препаратов // Справочник поликлин. врача. — 2009. — № 9. — С. 72—74.
7. *Медведев В. Э.* Психические расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях // Consilium Medicum. Кардиология. — 2010. — № 5. — С. 141—144.
8. *Недоступ А. В., Федорова В. И., Линевиц А. Ю. и др.* Тревожно-депрессивные и нейромедиаторные нарушения у больных гипертонической болезнью, влияние на них терапии ципрамилом // Тер. арх. — 2005. — № 11. — С. 55-62.
9. *Смулевич А. Б., Медведев В. Э.* Терапия психических расстройств у больных с инфарктом миокарда // Сыркин А. Л., Новикова Н. А., Терехин С. А. Острый коронарный синдром. — М., 2010. — С. 333-347.
10. *Сыркин А. Л., Новикова Н. А., Терехин С. А.* Острый коронарный синдром. — М., 2010.
11. *Becker N. G., Salim A., Kelman C. W.* Analysis of a potential trigger of an acute illness // Biostatistics. — 2006. — Vol. 7, N 1. — P. 16—28.
12. *Chaturvedi S. K., Desai G., Shaligram D.* Somatoform disorders, somatization and abnormal illness behavior // Int. Rev. Psychiatry. — 2006. — Vol. 18, N 1. — P. 75—80.
13. *Clarke D. M., Kissane D. W., Smith G. C.* Demoralization, anhedonia and grief in patients with severe physical illness // Wld Psychiatry. — 2005. — Vol. 4, N 2. — P. 96—105.
14. *Czarny M. J., Arthurs E., Coffie D. F. et al.* Prevalence of antidepressant prescription or use in patients with acute coronary syndrome: a systematic review // PLoS One. — 2011. — Vol. 6, N 11. — P. e27671.
15. *Huffman J. C.* Predicting panic disorder among patients with chest pain: an analysis of the literature // Psychosomatics. — 2003. — Vol. 44. — P. 222—236.
16. *Nielsen J., Graff C., Kanters J. K. et al.* Assessing QT interval prolongation and its associated risks with antipsychotics // CNS Drugs. — 2011. — Vol. 25, N 6. — P. 473—490.
17. *Palomo L., Rubio C., Gervas J.* The comorbidity in primary care // Gaceta Sanitaria. — 2006. — Vol. 20. — P. 182—191.

Поступила 06.12.11

### Сведения об авторах:

*Медведев Владимир Эрнстович*, канд. мед. наук, доц. каф. психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии фак. повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов; 121374, Москва, Можайское ш., 14. Телефон: 8(495)350-28-75; e-mail: melkorcard@mail.ru.