

Боль в груди: в фокусе несердечные кардиалгии

А.А. Беляев¹, к.м.н. О.В. Котова², д.м.н. Е.С. Акарачкова², д.м.н. А.Р. Артеменко³

¹ ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва

² АНО «Международное общество «Стресс под контролем», Москва

³ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

РЕЗЮМЕ

Боль в грудной клетке является одной из наиболее частых причин обращений к врачам общей практики, кардиологам и в отделения неотложной помощи. Чаще всего кардиалгия среди взрослого населения (почти 70%), по данным российских авторов, обусловлена тремя основными причинами: ишемической болезнью сердца, вертеброгенно-мышечной патологией и психовегетативными расстройствами. Дифференциальная диагностика этих состояний часто является достаточно сложной, но необходимой, поскольку кардиалгии психогенного характера широко распространены, и первоначальная работа с такими пациентами сосредоточена на исключении острых, опасных для жизни заболеваний, например, таких как острый коронарный синдром или пневмоторакс. В статье обсуждается круг заболеваний, при которых встречается кардиалгия, не связанная с болезнями сердца. Особый акцент сделан на клинических проявлениях психогенных кардиалгий. Психотропные препараты (антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики) оказывают влияние на психические процессы, воздействуя на метаболизм нейромедиаторов и/или активность рецепторов к ним. Обозначен круг препаратов, которые могут применяться при несердечной боли в груди, связанной с психическими расстройствами. Описаны особенности алимемазина (Тералиджен®) при лечении кардиалгии, препарата со множественным действием, относящегося к группе «малых» нейролептиков.

Ключевые слова: кардиалгия, боль в груди несердечного происхождения, психические расстройства, «малые» нейролептики, алимемазин, Тералиджен®.

Для цитирования: Беляев А.А., Котова О.В., Акарачкова Е.С., Артеменко А.Р. Боль в груди: в фокусе несердечные кардиалгии // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 11. С. 9–14.

ABSTRACT

Non-cardiac chest pain and mental disorders in the clinical practice of a cardiologist

A.A. Belyaev¹, O.V. Kotova², E.S. Akarachkova², A.R. Artemenko³

¹ Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, Moscow

² International Society of Stress "Stress Under Control", Moscow

³ Sechenov University, Moscow

Chest pain is one of the most common causes of visits to general practitioners and emergency departments. Most often cardialgia among the adult population (almost 70%), according to Russian authors, is due to three main reasons: ischemic heart disease, vertebrogenic muscle pathology and psycho-vegetative disorders. Differential diagnosis of these conditions is often quite complicated, but necessary, since psychogenic cardialgia is widespread, and initial work with such patients focuses on the exclusion of acute, life-threatening diseases, such as acute coronary syndrome or pneumothorax. The article discusses the range of diseases in which there is cardialgia, not associated with heart disease. Particular emphasis is placed on the clinical manifestations of psychogenic cardialgia. Psychotropic drugs (antidepressants, tranquilizers, neuroleptics) have an impact on mental processes, affecting the metabolism of neurotransmitters and/or receptors activity to them. A range of drugs that can be used for non-cardiac chest pain associated with mental disorders is indicated. The features of alimemazine (Teraligen®) in the treatment of cardialgia, a drug with multiple effects belonging to the group of small neuroleptics.

Key words: cardialgia, non-cardiac chest pain, mental disorders, small neuroleptics, alimemazine, Teraligen®.

For citation: Belyaev A.A., Kotova O.V., Akarachkova E.S., Artemenko A.R. Non-cardiac chest pain and mental disorders in the clinical practice of a cardiologist // RMJ. Medical Review. 2018. № 11. P. 9–14.

ВВЕДЕНИЕ

За рубежом каждый год фиксируется более 7 млн посещений отделений неотложной помощи и 27 млн посещений врача общей практики по поводу жалоб пациентов на боль в грудной клетке [1].

По данным российских авторов, чаще всего среди взрослого населения (почти 70%) боли в области сердца различного происхождения обусловлены тремя основными причинами: ишемической болезнью сердца (ИБС),

вертеброгенно-мышечной патологией и психовегетативными расстройствами [2–4].

В данной публикации мы рассмотрим проблему боли в области сердца, связанной с психовегетативными расстройствами, и будем обозначать такую боль как **кардиалгию**, что соответствует понятию «боль в грудной клетке несердечного происхождения» в западной литературе.

Кардиалгия — повторяющаяся боль в грудной клетке, не связанная с болезнями сердца. Данное расстройство зна-

чительно повышает нагрузку на здравоохранение и отмечается более чем в половине всех случаев боли в грудной клетке у пациентов скоропомощных отделений и более чем в 80% случаев у пациентов поликлиник [5]. Распространенность болей в грудной клетке, не связанных с болезнями сердца, на протяжении всей жизни оценивается в 33% [6]. Ведением таких пациентов занимаются неврологи и психиатры.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРДИАЛГИЙ

Кардиалгии психогенного характера широко распространены. Так, по данным некоторых авторов, боли в грудной клетке психогенного характера выявляются у 80% взрослых пациентов на амбулаторном приеме [7]. То же самое касается детей и подростков. Так, в США ежегодно 600 тыс. посещений детьми различных медицинских учреждений связано с кардиалгией [8]. По данным российского исследования, результаты которого опубликованы в 2013 г., кардиалгии и ощущения перебоев в области сердца отмечались у 41,4% детей в возрасте от 9 до 15 лет, находившихся на лечении в круглосуточном и дневном стационарах с синдромом вегетативной дистонии в отсутствие органических и воспалительных заболеваний сердца. Среди других жалоб отмечались головные боли давящего, пульсирующего характера в лобно-височных областях (61,3% пациентов), нарушения сна (81,6%) [9].

В другом исследовании участвовали дети в возрасте 8–17 лет. В 1-ю группу вошли дети с необъяснимой с медицинской точки зрения болью в груди (кардиалгией) ($n=100$), во 2-ю (контрольную) — с функциональным шумом в сердце ($n=80$). Пациентов анкетировали на предмет наличия депрессии и тревоги, оценивали историю болезни, качество жизни и инвалидизацию.

В группе детей с кардиалгиями была выявлена высокая распространенность психических расстройств по сравнению с контролем (74% и 47% соответственно, $p<0,001$). При этом преобладали тревожные расстройства, также в 1-й группе пациентов была диагностирована большая депрессия (9%), во 2-й группе депрессия вообще не встречалась ($p<0,01$). При этом психическое расстройство обычно предшествовало развитию кардиалгии и существовало около 1 года. Наличие кардиалгии ассоциировалось с низким качеством жизни и инвалидизацией (для детей с сопутствующими психическими расстройствами).

Авторы в своей работе делают вывод о том, что в детстве и юности развитие кардиалгий связано с высокой распространенностью психических расстройств. При этом тревожные расстройства являются одними из наиболее курьезных психических расстройств в детском возрасте. Тем не менее при отсутствии лечения они, как правило, приобретают хроническое или рецидивирующее течение и приводят к инвалидизации [10].

Знание о распространенности кардиалгий среди детей и подростков очень важно, т. к. эти пациенты с возрастом чаще всего не избавляются от своего страдания. Несмотря на доброкачественность кардиалгий, в большинстве случаев это состояние может персистировать годами, что во многих случаях приводит к пропуску работы и учебы, проблемам со сном и ограничениям повседневной деятельности [11]. Хотя общее финансовое бремя кардиалгии трудно оценить, стоимость может быть такой же или больше, чем затраты на пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) [12]. В Соединенных Штатах ежегодно госпитализируют-

ся 2 млн человек по поводу кардиалгий, что оценивается в 8 млрд долл., при этом в 75% случаев первоначальный диагноз ишемии миокарда, как показано, является неправильным [13, 14].

Качество жизни у пациентов с кардиалгией снижено по сравнению со здоровыми и сопоставимо с низким качеством жизни пациентов с ИБС [15]. На низкое качество жизни влияют несколько факторов, в частности необходимость социального ухода, избегание деятельности, которая может вызвать или усугубить симптоматику, а также наличие сопутствующих психических состояний, таких как тревога и депрессия. Многие пациенты с кардиалгией продолжают поиски причин боли в области сердца, несмотря на отсутствие данных об органической патологии [16]. У пациентов с кардиалгией снижается эффективность работы — симптомы болезни мешают им полноценно трудиться [17].

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ У ПАЦИЕНТА С БОЛЬЮ В ГРУДИ

Работа с пациентами с болью в груди начинается с исключения острых, опасных для жизни заболеваний [18]. В таблице 1 представлен перечень заболеваний, которые наиболее часто сопровождаются данным симптомом [19].

Оценка состояния пациента с кардиалгией в отделении *скорой помощи* фокусируется прежде всего на стабильности его гемодинамики. Сбор анамнеза и клинический осмотр пациента на этом этапе дают информацию о локализации боли, наличии или отсутствии одышки, пототделения, отеков. Проводя оценку гемодинамической стабильности, следует подтвердить или опровергнуть наличие у пациента острого, опасного для жизни состояния (например, ОКС, пневмоторакса, сердечной тампонады, диссекции аорты, острой сердечной недостаточности, разрыва пищевода или легочной эмболии). У любого пациента в нестабильном состоянии необходимо оценить функции дыхания и кровообращения (с применением электрокардиографии (ЭКГ), рентгенографии органов грудной клетки, биохимического анализа крови, эхокардиографии (при необходимости)).

В *амбулаторных условиях* при обследовании пациента с болью в груди важны подробный сбор анамнеза и физикальное обследование для определения необходимости дальнейшего диагностического поиска. При выявлении боли в груди сердечного генеза пациент нуждается в пристальном внимании кардиолога амбулаторно или в условиях стационара — в зависимости от тяжести и прогноза заболевания. Если происхождение болей связано с поражением ЖКТ, дыхательной или скелетно-мышечной системы, психическими расстройствами, то больной направляется к специалистам соответствующего профиля для детализации диагноза, подбора эффективной терапии и дальнейшего наблюдения.

Важно отметить, что распознать несердечную боль в груди непросто, а преждевременное прекращение дифференциально-диагностического поиска может быть особенно вредным для пациентов с сопутствующей психической патологией, поскольку у них имеется более высокий риск развития серьезных заболеваний, в т. ч. сердечно-сосудистых [20, 21].

Для того чтобы распознать психогенную кардиалгию, следует помнить о некоторых ее клинических особенностях и оценить психовегетативный фон пациента.

Таблица 1. Заболевания, сопровождающиеся болью в груди [19]

Сердечного генеза				Несердечного генеза			
Ишемические	Сосудистые	Воспалительные/инfiltrативные	Другие	При поражении ЖКТ	При поражении дыхательной системы	При поражении скелетно-мышечной системы	При психических расстройствах
<ul style="list-style-type: none"> – ОКС; – стабильная стенокардия; – «микрососудистая» стенокардия; – сосудистый спазм 	<ul style="list-style-type: none"> – расслоение аорты или коронарной артерии; – перикардит; – микроваскулярная болезнь 	<ul style="list-style-type: none"> – аутоиммунные заболевания; – лекарственно-индуцированные заболевания (на фоне приема клозапина) 	<ul style="list-style-type: none"> – вирусный и бактериальный миокардит; – сердечная тампонада; – структурная болезнь сердца (гипертрофическая кардиомиопатия); – острая сердечная недостаточность 	<ul style="list-style-type: none"> – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь; – язва желудка или двенадцатиперстной кишки; – разрыв пищевода; – спазм пищевода; – гиперчувствительность пищевода; – панкреатит; – желчнокаменная болезнь; – спленомегалия; – диафрагмальная грыжа; – эозинофильный эзофагит 	<ul style="list-style-type: none"> – легочная эмболия; – пневмоторакс; – пневмония; – онкологический процесс; – хроническая obstructивная болезнь легких; – плевральный выпот или плеврит; – легочная гипертония 	<ul style="list-style-type: none"> – травма; – наличие дополнительных шейных ребер 	<ul style="list-style-type: none"> – генерализованное тревожное расстройство; – паническое расстройство; – большое депрессивное расстройство; – тревожное расстройство с кардиофобией; – соматоформное расстройство; – расстройства при употреблении психоактивных веществ (кокаин, метамфетамин, алкоголь); – посттравматическое стрессовое расстройство

ОСОБЕННОСТИ КАРДИАЛГИЙ

Локализация боли при кардиалгии наиболее часто связана с зоной верхушки сердца, левого соска и прекардиальной областью. В ряде случаев больной четко указывает пальцем на место болей. У одних больных наблюдается миграция болей, в то время как у других боли имеют устойчивую локализацию. Боль может отмечаться также и за грудиной.

Характер болевых ощущений разнообразен: в основном это ноющие, колющие, давящие, жгучие, сжимающие или пульсирующие боли. Пациенты также указывают на пронизывающие, тупые, щиплющие боли или на диффузные, плохо очерченные ощущения, не являющиеся, по их реальной оценке, собственно болевыми. Ряд больных испытывают дискомфорт и неприятное «чувство сердца». Диапазон ощущений может быть достаточно широк, хотя в ряде случаев боли достаточно стереотипны.

Течение болей носит волнообразный характер. Они обычно не ослабевают после приема нитроглицерина или прекращения физической нагрузки. Боль в области сердца чаще всего бывает продолжительной, хотя мимолетные, кратковременные боли также встречаются достаточно часто.

Иррадиация боли в левую руку, левое плечо, левое под реберье, под лопатку, подмышечную область — достаточно закономерная ситуация в случае психогенных кардиалгий. При этом боли могут распространяться и в поясничную область, а также в правую половину грудной клетки. Нехарактерна иррадиация болей в зубы и нижнюю челюсть. Последний вариант чаще всего встречается при болях истинно стенокардического происхождения.

ОЦЕНКА ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО ФОНА

Важным и принципиальным вопросом является оценка психовегетативного фона, на котором формируется кардиалгический синдром. Психические (аффективные) нарушения у больных проявляются по-разному, и наиболее

часто это проявления тревожно-ипохондрического и фобического плана. Нарушения тревожного круга порой усиливаются до состояния выраженной тревоги, паники [22]. В этих ситуациях резкое усиление указанных проявлений выражается в возникновении страха смерти — составной части кризов (панических атак). Необходимо подчеркнуть, что наличие тревожных, панических проявлений у больных с кардиалгией, установление особенностей личности — один из критериев диагностики психогенного генеза имеющихся у больных симптомов.

Зачастую можно обнаружить, помимо кардиалгии, другие вегетативные расстройства, например гипервентиляционный синдром: чувство нехватки воздуха, неудовлетворенность вдохом, ощущение «кома в горле», «непрохождения воздуха в легкие» и др. Помимо расстройств дыхания у больных с кардиалгией встречаются и другие симптомы, тесно связанные с гипервентиляцией: парестезии в дистальных отделах конечностей, в области лица (периоральная область, кончик носа, язык), изменения сознания (липотимии, обмороки), мышечные судороги в руках и ногах, дисфункция ЖКТ. Все указанные и другие вегетативные нарушения могут носить перманентный и пароксизмальный характер. Последние встречаются наиболее часто [4, 23].

В отдельную группу выделяют психогенные кардиалгии с невыраженными вегетативными расстройствами. В этом случае боли отличаются некоторым своеобразием. Чаще всего они локализуются в области сердца в виде «пятачка», носят постоянный, монотонный характер. Детальный анализ феномена боли зачастую свидетельствует о том, что термин «боль» достаточно условен по отношению к тем ощущениям, которые испытывает пациент. Речь скорее идет о сенестопатических проявлениях в рамках ипохондрической фиксации на области сердца. Вегетативные проявления скудны, за исключением тех случаев, когда фобические нарушения резко обостряются, приобретая размеры панической атаки (вегетативного криза) [24–26].

Рассмотрим более подробно психические расстройства, сопровождающиеся кардиалгией.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ КАРДИАЛГИЕЙ

ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

Около 70% панических атак характеризуются присутствием боли в груди, от 25 до 60% пациентов с болью в грудной клетке, подвергнутых исследованию сердечно-сосудистой системы, имеют паническое расстройство (ПР) [27]. При этом ПР связано с более высокими показателями заболеваемости ИБС и инфарктом миокарда [28].

Метаанализ распространенности ПР среди тех, кто обращается с болью в грудной клетке, выявил, что атипичное течение боли в груди, женский пол, молодой возраст, высокий уровень тревоги и отсутствие диагностированных болезней коронарных артерий коррелируют с более высокой вероятностью ПР [19]. В исследовании с включением 572 пациентов, поступивших в отделение скорой помощи с необъяснимой болью в груди, обнаружено, что 42% пациентов испытывали приступы паники, в пределах этого подмножества 45% соответствовали критериям ПР [29].

ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО

Распространенность генерализованного тревожного расстройства (ГТР) среди пациентов с некардиальной болью в груди колеблется от 5,7% до более чем 30% [30, 31] и часто сочетается с паническими атаками. Интересно, что в исследовании, в котором была подтверждена высокая распространенность ГТР (более 30%) у пациентов с болью в груди и нормальной ангиографией, у каждого пациента с ГТР одновременно присутствовали панические атаки [32].

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

Распространенность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) при некардиальной боли в груди не изучалась, однако, по-видимому, существует связь между болезнью коронарных артерий и ПТСР. Некоторые исследования показывают, что у 16% пациентов развивается ПТСР после или в связи с ОКС [33–35]. Усложняется ситуация тем, что при ПТСР могут наблюдаться физические симптомы, имитирующие ОКС, включая одышку, ощущение сдавления в грудной клетке и онемение, которые являются несердечными по происхождению. Кроме того, существует, по-видимому, двусторонняя взаимосвязь: по некоторым данным, ПТСР может быть независимым фактором риска для болезни коронарных артерий, и имеются доказательства ассоциации между симптомами ПТСР и риском развития ИБС [36].

БОЛЬШОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Взаимоотношения депрессивных расстройств и некардиальной боли в груди, вероятно, сложны и двусторонненны. Некоторые пациенты с большим депрессивным расстройством (БДР) имеют соматические симптомы, разнообразные по своим проявлениям, включая боль. Кроме того, стресс, вызванный хронической болью в груди, может ускорить развитие депрессивных эпизодов и уменьшить адаптивное поведение. У пациентов с некардиальной болью в груди, попавших в отделение скорой помощи, были такие же уровни депрессивных симптомов, как у пациентов, имеющих болезни сердца, при этом у пациентов с кардиальной и некардиальной болью в груди были более высокие уровни депрессивных симптомов, чем у здоровых испытуемых. Распространенность депрессии у пациентов с несердечной болью в груди колеблется от 9 до 40% [37].

СОМАТОФОРМНОЕ РАССТРОЙСТВО

Соматоформные расстройства — это группа психических расстройств невротической природы, отличительными признаками которых являются многочисленные симптомы соматических заболеваний, не подтверждающиеся объективными клиническими исследованиями, сопровождающиеся тревогой и симптомами депрессии. Лица, страдающие соматоформными расстройствами, склонны требовать все новых и новых обследований, при этом сами стараются получить информацию о болезнях, которые сопровождаются симптомами, сходными с переживаемыми ими, и не доверяют врачам [38]. Соматоформные расстройства в МКБ-10 кодируются шифром F45 и включают в том числе соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы (F45.3), к которой относится кардиальный невроз. У половины пациентов с кардионеврозом наблюдаются тревожно-фобические расстройства, у четверти — расстройства личности, у 17% — аффективные расстройства, что делает это состояние актуальным для практики психоневрологов [38].

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОГЕННОЙ КАРДИАЛГИЕЙ

Важно, что большая часть пациентов (75%) с данным расстройством обращается не к психиатрам, а к врачам общей практики [39, 40]. И такая парадоксальная ситуация наблюдается не только в России. За рубежом 2/3 пациентов с психическими расстройствами остаются без лечения. Только каждый четвертый пациент (26%) от общего числа больных получает минимальную консультацию в виде разъяснений у врача общей практики с последующим направлением к врачу-психиатру [41]. В США 80–90% людей, которых их лечащий врач направил к психиатру, не доходят до него. В России таких данных нет [42].

Лечение пациентов с психогенной кардиалгией определяется патогенетическими механизмами патологического процесса и проводится врачом-неврологом или психиатром. Цель терапии — достижение ремиссии, которую можно определить как отсутствие симптомов тревоги и депрессии с возвращением к состоянию, которое было до начала заболевания. Например, в большинстве рандомизированных контролируемых исследований за абсолютный критерий ремиссии принят балл по шкале Гамильтона ≤ 7 . В свою очередь, для пациента наиболее важным критерием ремиссии является улучшение настроения, появление оптимистического настроения, уверенности в себе и возвращение к нормальному уровню социального и личностного функционирования, характерного данному человеку до начала заболевания. Важно, что короткие курсы длительностью 1–3 мес. чаще приводят к последующему обострению, чем длительные (6 мес. и более).

В терапии кардиалгии используют психотропные препараты, включающие:

- антидепрессанты;
- транквилизаторы (бензодиазепины типичные и атипичные);
- нейролептики.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) — широко применяемая в терапевтической практике группа антидепрессантов из-за благоприятного соотношения польза/вред. Курс лечения данными препа-

ратами составляет около 1 года. Однако у ряда пациентов (например, у тех, которые уже имели опыт применения психотропных препаратов) СИОЗС могут оказывать недостаточный эффект. Для усиления или коррекции возможно их сочетанное применение с бензодиазепинами (БД) или малыми нейрорептиками. Для практикующего врача можно рекомендовать следующую схему терапии [43]:

1. В первые 2–3 нед. терапии антидепрессантами из класса СИОЗС рекомендуется использование «бензодиазепинового моста». БД, оказывая быстрый анксиолитический эффект, будут эффективны в такой комбинации, позволяя быстрее оттитровать терапевтическую дозу СИОЗС. Рекомендуется не длительный (до 2 нед.) прием БД в комплексной терапии у данных больных. Например, может применяться Феназепам, обладающий мощным и продолжительным действием (важно поддерживать эффект в течение 24 ч).
2. По прошествии данного инициального периода использования полноценной терапевтической дозы антидепрессантов необходимо оценить начальную эффективность и наличие побочных эффектов от лечения. При хорошей и умеренной переносимости, а также при признаках положительной динамики в состоянии пациента необходимо продолжить терапию СИОЗС сроком до 12 нед.
3. Через 12 нед. следует решать вопрос о продолжении терапии или ее коррекции. Если пациент все еще отмечает остаточные симптомы, рекомендуется присоединение малых нейрорептиков или переход на препараты последней группы. Малые нейрорептики при добавлении к комплексной терапии СИОЗС позволят усилить эффект последних, но при этом дозу СИОЗС следует привести к минимальной терапевтической для лучшей переносимости. Длительность приема нейрорептиков в такой комбинации составит около 8 нед.

Нейрорептики или антипсихотики, как известно, оказывают многогранное влияние на организм. К их основным фармакологическим особенностям относятся своеобразное успокаивающее действие, сопровождающееся уменьшением реакций на внешние стимулы, ослаблением психомоторного возбуждения и аффективной напряженности, подавлением чувства страха. Говоря о физиологических механизмах центрального действия нейрорептиков/антипсихотиков, следует отметить, что существенное значение имеют торможение ретикулярной формации мозга и ослабление ее активирующего влияния на кору больших полушарий. Разнообразные эффекты нейрорептиков/антипсихотиков связаны также с воздействием на возникновение и проведение возбуждения в разных звеньях центральной и периферической нервной системы. Нейрорептики/антипсихотики изменяют нейрорхимические (медиаторные) процессы в мозге: дофаминергические, адренергические, серотонинергические, ГАМК-ергические, холинергические, нейропептидные и др. Разные группы нейрорептиков и антипсихотиков и отдельные препараты различаются как по влиянию на образование, накопление, высвобождение и метаболизм нейромедиаторов, так и на их взаимодействие с рецепторами в разных структурах мозга, что существенно отражается на различии в их терапевтических и фарма-

кологических свойствах. По отношению к нейрорептикам/антипсихотикам и у врача и у пациента могут быть опасения из-за возможности развития значительных побочных эффектов. Но эти опасения могут реализоваться лишь при использовании нейрорептиков/антипсихотиков в больших дозах (например, в терапии шизофрении), в то время как назначение небольших доз, как правило, не сопровождается существенными нежелательными явлениями. Кроме того, представители класса атипичных антипсихотиков обладают более низким риском развития некоторых неблагоприятных явлений, они обычно хорошо переносятся пациентами, однако, так же как и типичные нейрорептики, в зависимости от препарата они отличаются проявлениями и выраженностью побочных эффектов. Примером атипичного антипсихотика (нейрорептика) является **Тералиджен® (алимемазин)**.

Благодаря модулирующему влиянию на центральные и периферические рецепторы Тералиджен® (алимемазин) обладает широким спектром действия: антипсихотическим, седативным, антидепрессивным, способствует редукции тревоги и страха [44]. Тералиджен® быстро и полностью всасывается, терапевтический эффект наступает уже через 15–20 мин, а длительность действия составляет 6–8 ч. Имеющийся у алимемазина благоприятный профиль эффективности и переносимости позволяет широко применять Тералиджен® у пациентов с кардиалгиями в средней терапевтической дозе — 20–40 мг/сут, разделенной на 3–4 приема. Тералиджен® — это один из немногих нейрорептиков, который благодаря хорошему профилю безопасности служит препаратом выбора у пожилых пациентов и у детей.

Добавление Тералиджена к комплексной терапии пациентов с психосоматической патологией с обязательным включением психотерапии оказывает положительное клиническое действие, позволяет быстро купировать болевой синдром, стабилизировать состояние и уменьшить частоту болевых эпизодов, особенно у пациентов сabusным фактором на фоне приема анальгетиков и бензодиазепинов. Это подтверждается и личным опытом авторов данной публикации, и другими исследованиями. Так, авторским коллективом под руководством Н.Н. Яхно в ходе наблюдательной программы «СТАРТ-II» была изучена эффективность алимемазина (Тералиджен®) у пациентов с диагнозом «расстройство вегетативной нервной системы», а также проведено тестирование русскоязычной версии «Четырехмерного опросника по симптомам дистресса, депрессии, тревоги и соматизации» (4 ДДТС) [45]. Тералиджен® был назначен 3053 пациентам (средний возраст — 42,09±11,71 года), длительность наблюдения составляла 1 мес. Опросник 4 ДДТС применялся дважды: до начала лечения и спустя 4 нед. от начала терапии. Опросник общего клинического впечатления (CGI) использовался трижды: до начала терапии, в процессе лечения — через 2 нед. и 4 нед. терапии Тералидженом. Через 4 нед. отмечено существенное улучшение состояния пациентов — по мнению как врачей (шкала CGI), так и самих пациентов (96 и 98% случаев соответственно). Опросник 4 ДДТС обнаружил высокую чувствительность в отношении параметров ответа на терапию, демонстрируя значимое снижение показателей дистресса, тревоги и соматизации [45].

Группа авторов из Санкт-Петербурга провела оценку эффективности и безопасности применения препарата Тералиджен® у пациентов с психовегетативным син-

дромом в сочетании с дисциркуляторной энцефалопатией [46]. Наблюдались 45 пациентов в возрасте от 42 до 65 лет (средний возраст — 56 лет) с диагнозом «дисциркуляторная энцефалопатия I–II стадий», имеющих проявления психовегетативного синдрома. Лечение препаратом Тералиджен® получали 35 больных, 10 пациентов составили контрольную группу, в которой психотропные препараты не назначались, продолжительность лечения составила 60 дней. У пациентов, получавших Тералиджен®, прослеживалась отчетливая положительная динамика в виде уменьшения психовегетативных симптомов, цефалгического синдрома, нормализации сна, а также улучшения когнитивных функций. Отмечалась хорошая переносимость препарата [46].

Интересны результаты монотерапии Тералидженом тревоги при алкогольной зависимости [47]. Как было сказано выше, алкоголь часто принимается больными с тревожно-депрессивными расстройствами, а ряд препаратов потенцирует его действие. Тералиджен® получали 36 пациентов с синдромом алкогольной зависимости (основная группа) в течение 9 мес. Установлен клинически значимый положительный эффект терапии в сравнении с таковым в контрольной группе (11 больных без применения Тералиджена). Он проявлялся улучшением течения алкогольной зависимости и достоверным снижением индекса ее тяжести по ASI (Addiction Severity Index) с уровня значительной тяжести до средней, а также уменьшением выраженности ситуационной и личностной тревожности с высокого уровня до низкого по шкале Спилбергера — Ханина. Кроме того, была отмечена статистически значимая редукция симптомов депрессии с умеренно выраженной степени тяжести (исходно) до субдепрессивного уровня в заключительный период терапии по шкале Бека (Beck Depression Inventory) [47].

Многие авторы отмечают, что только психофармакотерапия не может обеспечить пациенту с кардиалгией избавление от симптомов болезни. Важными направлениями лечения таких пациентов являются обучение пациента и проведение психокоррекции. Эффективным является применение когнитивной поведенческой терапии [48].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проблема боли в грудной клетке является очень распространенной проблемой, с которой пациенты обращаются как в отделения скорой помощи, так и к врачам-интернистам амбулаторного звена. И в том и в другом случае при проведении дифференциального диагноза требуется быстрое исключение ургентной патологии. Высокий профессионализм и дополнительные знания в области психиатрии, неврологии, психофармакологии являются крайне актуальными, тем более в условиях хронической нехватки времени и сужения круга обследований до необходимого минимума.

При исключении сердечных причин боли в грудной клетке и постановке диагноза психического заболевания врач опять сталкивается с проблемой — пациент чаще всего не настроен принимать такой диагноз и лечиться психотропными препаратами согласно назначенным схемам. И эффективность терапии в таких случаях зависит от мастерства доктора, который должен мотивировать пациента пройти полный курс лечения. Результаты включения в терапию препарата Тералиджен® свидетельству-

ют о его благоприятном профиле действия на тревожно-депрессивные расстройства и хорошей переносимости. Добавление Тералиджена к комплексной терапии пациентов с психосоматической патологией (желательно совместно с психотерапией) оказывает, безусловно, положительное клиническое действие, позволяет быстро купировать кардиалгию или уменьшить выраженность и частоту проявлений болевого синдрома.

Литература

1. Frese T., Mahlmeister J., Heitzer M., Sandholzer H. Chest pain in general practice: frequency, management, and results of encounter // J Family Med Prim Care. 2016. Vol. 5. P. 61.
2. Аллилуев И.Г., Маколкин В.И., Аббакумов С.А. Боли в области сердца. М.: Медицина, 1985. 192 с. [Alliluyev I.G., Makolkin V.I., Abbakumov S.A. Boli v oblasti serdtsa. M.: Meditsina, 1985. 192 s. (in Russian)].
3. Торопина Г.Г. Кардиалгии в структуре психовегетативного синдрома (клинико-психофизиологическое исследование): Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1992. 135 с. [Tropina G.G. Kardialgii v strukture psikhovegetativnogo sindroma (kliniko-psikhofiziologicheskoye issledovaniye). Diss. ... kand. med. nauk. M., 1992. 135 s. (in Russian)].
4. Соловьева А.Д., Акарачкова Е.С., Торопина Г.Г., Недоступ А.В. Патогенетические аспекты терапии хронических психогенных кардиалгий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. Т. 107. № 11. С. 41–45 [Solov'yeva A.D., Akarachkova Ye.S., Toropina G.G., Nedostup A.V. Patogeneticheskiye aspekty terapii khronicheskikh psikhogennykh kardialgiy // Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S. S. Korsakova. 2007. T. 107. № 11. S. 41–45 (in Russian)].
5. Ebell M.H. Evaluation of chest pain in primary care patients // Am Fam Physician. 2011. Vol. 83. P. 603–605.
6. Eslick G.D., Coulshed D.S., Talley N.J. Review article: the burden of illness of non-cardiac chest pain // Aliment Pharmacol Ther. 2002. Vol. 16. P. 1217–1223.
7. Katon W.J. Chest pain, cardiac disease, and panic disorder // J Clin Psychiatry. 1990. Vol. 5. P. 27–30.
8. National Center for Health Statistics. National Ambulatory Medical Care Survey 1998, Public Use File Documentation. Hyattsville, MD: 1998.
9. Галактионова М.Ю., Воронина Н.В., Рахимова А.Л., Миронова О.И. Нейропротекторная терапия в лечении синдрома вегетативных дисфункций у детей и подростков // Лечащий врач. 2013. № 1. С. 92–96 [Galaktionova M.Yu., Voronina N.V., Rakhimova A.L., Mironova O.I. Neyroprotektornaya terapiya v lechenii sindroma vegetativnykh disfunktsiy u detey i podrostkov // Lechashchiy vrach. 2013. № 1. S. 92–96 (in Russian)].
10. Lipsitz J.D., Hsu D.T., Apfel H.D. et al. Psychiatric Disorders in Youth with Medically Unexplained Chest Pain vs. Innocent Heart Murmur // J Pediatr. 2012. Vol. 160(2). P. 320–324.
11. Selbst S.M., Ruddy R.M., Clark B.J. Chest pain in children: Follow-up of patients previously reported // Clinical Pediatrics. 1990. Vol. 29. P. 374–377.
12. Mourad G., Alwin J., Strömberg A., Jaarsma T. Societal costs of non-cardiac chest pain compared with ischemic heart disease—a longitudinal study // BMC Health Serv Res. 2013. Vol. 13. P. 1.
13. Kahn S.E. The challenge of evaluating the patient with chest pain // Arch Pathol Lab Med. 2000. Vol. 124. P. 1418–1419.
14. Karlson B.W., Herlitz J., Wiklund O. et al. Early prediction of acute myocardial infarction from clinical history, examination and electrocardiogram in the emergency room // Am J Cardiol. 1991. Vol. 68. P. 171–175.
15. Ortiz-Garrido O., Ortiz-Olvera N.X., Gonzalez-Martinez M. et al. Clinical assessment and health-related quality of life in patients with non-cardiac chest pain // Rev Gastroenterol Mex. 2015. Vol. 80. P. 121–129.
16. Shelby R.A., Somers T.J., Keefe F.J. et al. Pain catastrophizing in patients with noncardiac chest pain: relationships with pain, anxiety, and disability // Psychosom Med. 2009. Vol. 71. P. 861–868.
17. Chambers J.B., Marks E., Knisley L., Hunter M. Non-cardiac chest pain: time to extend the rapid access chest pain clinic? // Int J Clin Pract. 2013. Vol. 67. P. 303–306.
18. Bhuiya F.A., Pitts S.R., McCaig L.F. Emergency department visits for chest pain and abdominal pain: United States, 1999–2008 // NCHS Data Brief. 2010. Vol. 43. P. 1–8.
19. Huffman J.C., Pollack M.H. Predicting panic disorder among patients with chest pain: an analysis of the literature // Psychosomatics. 2003. Vol. 44. P. 222–236.
20. De Hert M., Cohen D., Bobes J. et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level // World Psychiatry. 2011. Vol. 10. P. 138–151.
21. Swap C.J., Nagurney J.T. Value and limitations of chest pain history in the evaluation of patients with suspected acute coronary syndromes // J Am Med Assoc. 2005. Vol. 294. P. 2623–2629.
22. Dittmann R.W. Psychogenic thoracic pain attacks. Pathogenesis, follow-up, therapy. // Z Kinder Jugendpsychiatr. 1994. Vol. 22(2). P. 114–122.
23. Вегетативные расстройства. Руководство для врачей / под ред. проф. Вейна А.М. М.: МИА, 2000. 752 с. [Vegetativnyye rasstroystva. Rukovodstvo dlya vrachey / pod red. prof. Veyna A.M. M.: MIA, 2000. 752 s. (in Russian)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>