

Соматоформные и невротические расстройства у кардиологических пациентов: вопросы безопасной и эффективной терапии

ЛАВРОВА ВИКТОРИЯ АНАТОЛЬЕВНА

ДОЦЕНТ КАФЕДРЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ ПСПБГМУ ИМ. АКАД. И.П. ПАВЛОВА

ДОЦЕНТ КАФЕДРЫ ЭНДОКРИНОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН МСИ

ГЛАВНЫЙ ВРАЧ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ «VL-CLINIC»

КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

ВРАЧ – ПСИХИАТР, ПСИХОТЕРАПЕВТ

25.06.2026

Психокардиология—яркая иллюстрация интегративного подхода в современной медицине.

Кардиологи и специалисты по ментальному здоровью – игроки одной команды



Ключевые публикации 2025 – 2026 годов

ESC 2025 Отдельный клинический консенсус по ментальному здоровью и ССЗ с рекомендациями по скринингу, маршрутизации и междисциплинарной работе.

АНА 2025 Научное заявление о постинфарктном психологическом дистрессе после инфаркта миокарда и его связи с повторными событиями.

АМІ 2025 Мета-анализ формальных диагнозов после инфаркта: депрессия, тревога и ПТСР оказались частой частью восстановления.

ACS 2026
Мета-анализ JAMA Psychiatry по риску острого коронарного синдрома при психических расстройствах.

Nature 2025
Ранние психологические симптомы в первые дни после инфаркта помогают выделить группу высокого риска по депрессии и ПТСР.

NIH All of Us 2025
Проспективные данные программы NIH показали рост будущего риска сердечной недостаточности и совокупных ССЗ при депрессии, тревоге, биполярном расстройстве и ПТСР.

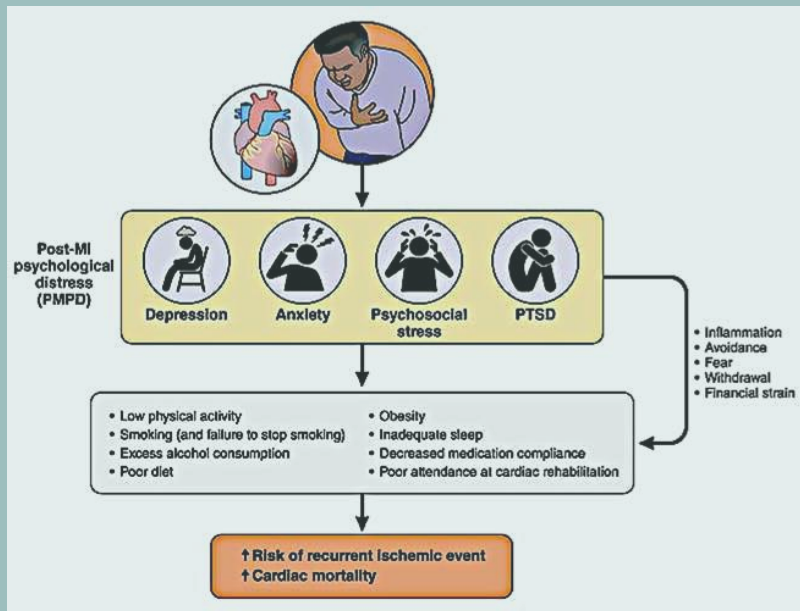
Lancet 2025
Отдельная работа о сердечно-сосудистых неравенствах у людей с психическими расстройствами и о структурных барьерах помощи.

Ссылки: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf191> • <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001381>
<https://doi.org/10.3390/jcm14061786> • <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.4253>
<https://www.nature.com/articles/s41598-025-97755-0> • <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40752773/>
<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101373>

АНА 2025: постинфарктный дистресс как самостоятельная мишень

Научное заявление АНА 2025

После инфаркта врач должен лечить не только ишемию, но и психологический каскад



Почему это важно

HR 1,29 → 1,60

Чем тяжелее постинфарктный дистресс, тем выше риск будущих ишемических событий.

- АНА объединяет депрессию, тревогу, стресс и ПТСР после инфаркта в общий **синдром постинфарктного психологического дистресса**.
- **Ключевые механизмы:** меньшая физическая активность, курение, плохой сон, плохая приверженность терапии и отказ от реабилитации.
- Поэтому цель врача - лечить не только коронарное событие, но и весь поведенческий каскад, который следует за ним.

Ассоциация между уровнем стресса, тревожной и депрессивной симптоматикой и тяжелыми неблагоприятными сердечно-сосудистыми исходами у больных ИБС и АГ

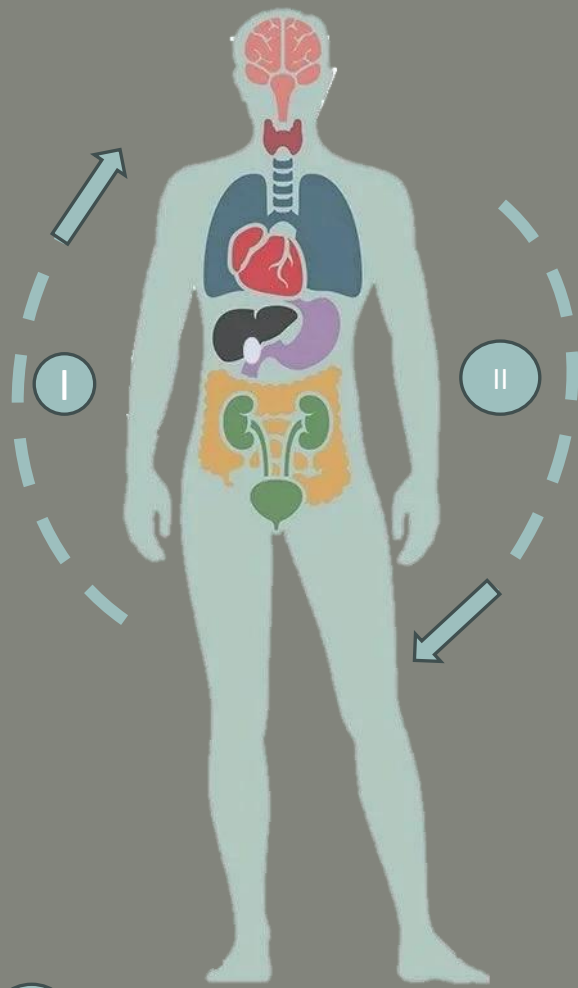
Тревожная, депрессивная симптоматика и стресс, как факторы, повышающие риск неблагоприятных исходов у амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца: результаты 1,5-годичного наблюдения в многоцентровом исследовании КОМЕТА

Показатель	Отношение шансов (95% ДИ), значение P	
	С поправкой на возраст, пол, наличие в анамнезе ИБС и сахарного диабета	С поправкой на возраст, пол, наличие в анамнезе ИБС и сахарного диабета, статус курения и индекс массы тела
Уровень стресса по ВАШ, баллы		
< 5	1	1
5-7	1,12 (0,74-1,67), P=0,55	1,06 (0,71-1,60), P=0,40
≥ 8	1,54 (0,97-2,45), P=0,06	1,52 (0,96-2,43), P=0,05
Оценка по подшкале HADS-A, баллы		
< 8	1	1
8-10	0,92 (0,58-1,46), P=0,27	0,95 (0,60-1,52), P=0,35
11-13	0,96 (0,58-1,58), P=0,42	0,93 (0,56-1,55), P=0,32
≥ 14	1,76 (1,01-3,05), P=0,03	1,81 (1,04-3,15), P=0,02
Оценка по подшкале HADS-D, баллы		
< 8	1	1
8-10	1,20 (0,80-1,80), P=0,64	1,25 (0,83-1,88), P=0,84
11-13	1,20 (0,69-2,09), P=0,72	1,14 (0,64-2,01), P=0,55
≥ 14	1,94 (1,07-3,53), P=0,07	1,95 (1,07-3,55), P=0,06

Исследование КОМЕТА
30 городов России
2 538 пациентов ИБС и АГ
(исходный возраст 66,6±7,8 года, 28,1% мужчины)

I

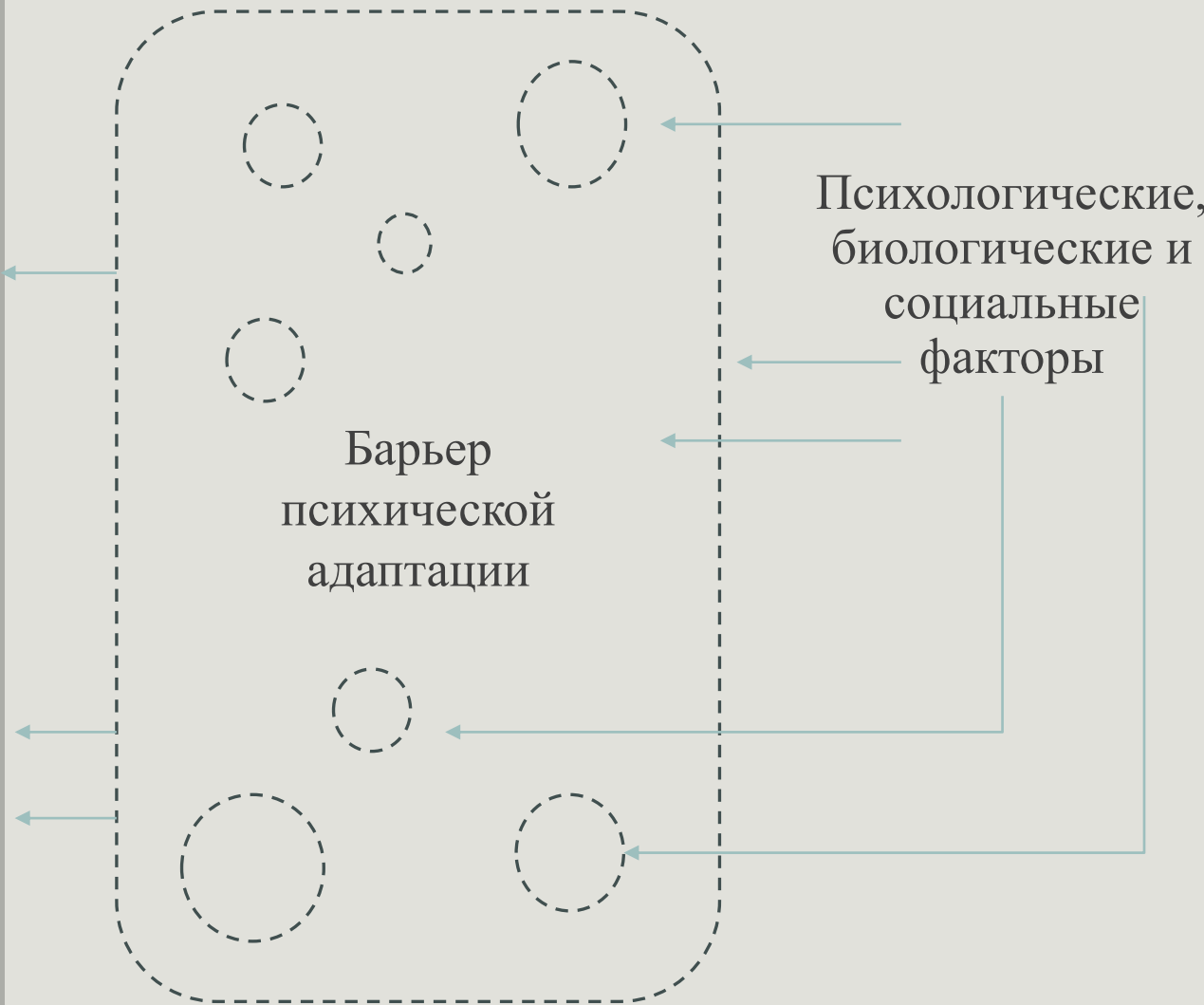
Психосоматические расстройства,
ассоциированные с сомато-
неврологической патологией



II

Стресс-провоцированные
психосоматические расстройства

Модель психосоматической патологии



Систематика психосоматических расстройств в кардиологии (ПСР)

1. ПСР, ассоциированные с соматоневрологической патологией

- ПСР, ассоциированные с психической травмой вследствие диагноза (нозогенія)
- ПСР, ассоциированные с труднопереносимыми симптомами заболеваниями (боли, нарушения сердечного ритма, ограничения в привычной функциональности)
- ПСР, ассоциированные с функциональными нарушениями головного мозга
- ПСР, ассоциированные с органическим повреждением головного мозга

2. Стресс-провоцированные ПСР

- Психосоматическая упругость (resilience) к стрессу
- Дисфункциональное и дезадаптивное поведение в болезни
- Соматизация стресса (СФР и конверсионные расстройства)
- Стресс-ассоциированный дебют/обострение соматических и неврологических заболеваний

ПСР, ассоциированные с психической травмой вследствие диагноза нозогения)

В краткосрочной перспективе - реакции:

Диссоциативные реакции - сомнения в правильности диагноза, преуменьшение тяжести своего состояния, несоблюдение режима

Тревожно-фобические реакции - тревога, ожидание сердечно – сосудистой катастрофы, эмоциональная лабильность, нарушения сна)

Паранойяльные реакции (создание собственных концепций заболевания и способов лечения)



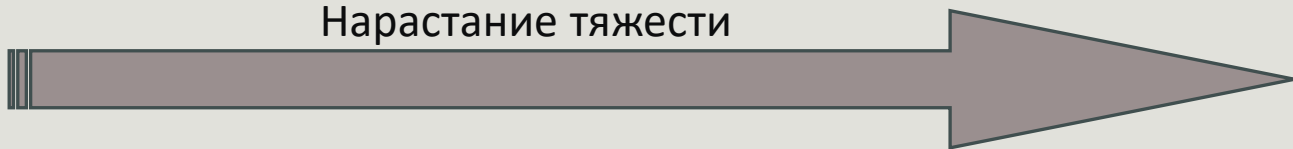
В долгосрочной перспективе ипохондрические развития

2. Стресс-провоцированные психосоматические расстройства



Дисфункциональное и дезадаптивное поведение

Нарастание тяжести



Сниженная
приверженность к лечению

Нездоровое питание

Злоупотребление
алкоголем и ПАВ

Рискованное поведение
(драки, опасное вождение)

Патологические
повторяющиеся телесно-
ориентированные действия
(экскориацiami, трихотилломания)

Самоповреждающее
поведение

Расстройства пищевого
поведения

Суицидальное и
парасуицидальное
поведение

Имитационное
расстройство (синдром
Мюнхгаузена)

Стресс-ассоциированный дебют/обострение соматических и неврологических заболеваний

Стресс-провоцированная кардиологическая патология

- Гипертонический криз
- Стенокардия
- Фибрилляция предсердий

Стресс-провоцированные кожные заболевания

- Псориаз
- Экзема

Стресс-провоцированные заболевания ЖКТ

- Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
- Болезнь Крона

Стресс-провоцированные нарушения менструального цикла

- Аменорея
- Олигоменорея

Биологические факторы риска психосоматических расстройств

Генетика и эпигенетика

Общие генетические факторы риска психических расстройств и болезней сердца, эпигенетическая регуляция генома

Микровоспаление

Минимальная активация иммунной системы ассоциирована как с прогрессированием атеросклероза, так и с риском развития депрессии

Нарушение микробиоты кишечника

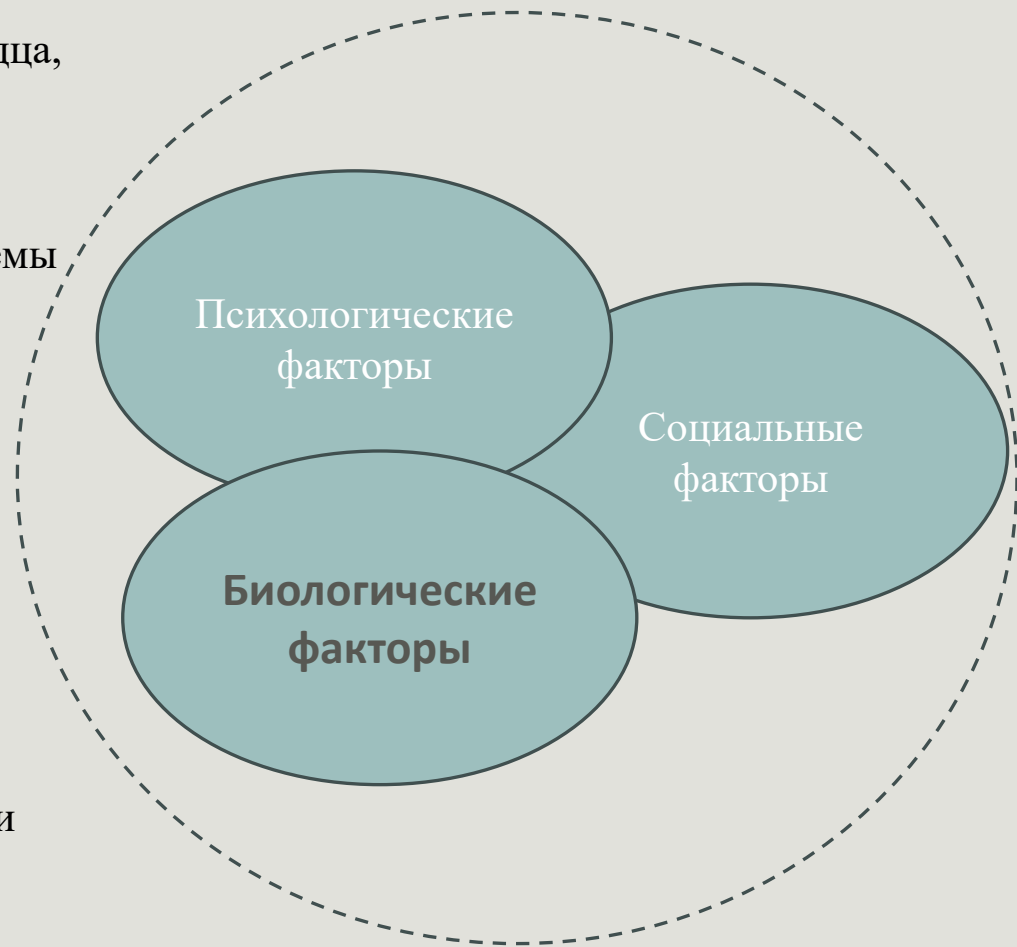
Дисфункция микробиома усиливает проявления депрессии

Снижение нейротрофики

Хронические заболевания ухудшают способность нервной ткани к регенерации

Нейроэндокринная дисфункция

Снижение продукции нейростероидов приводит к повышенной уязвимости к стрессу



Психологические факторы риска психосоматических расстройств

Психологические травмы детского возраста

Повышают уязвимость к стрессу в течение жизни

Расстройства личности

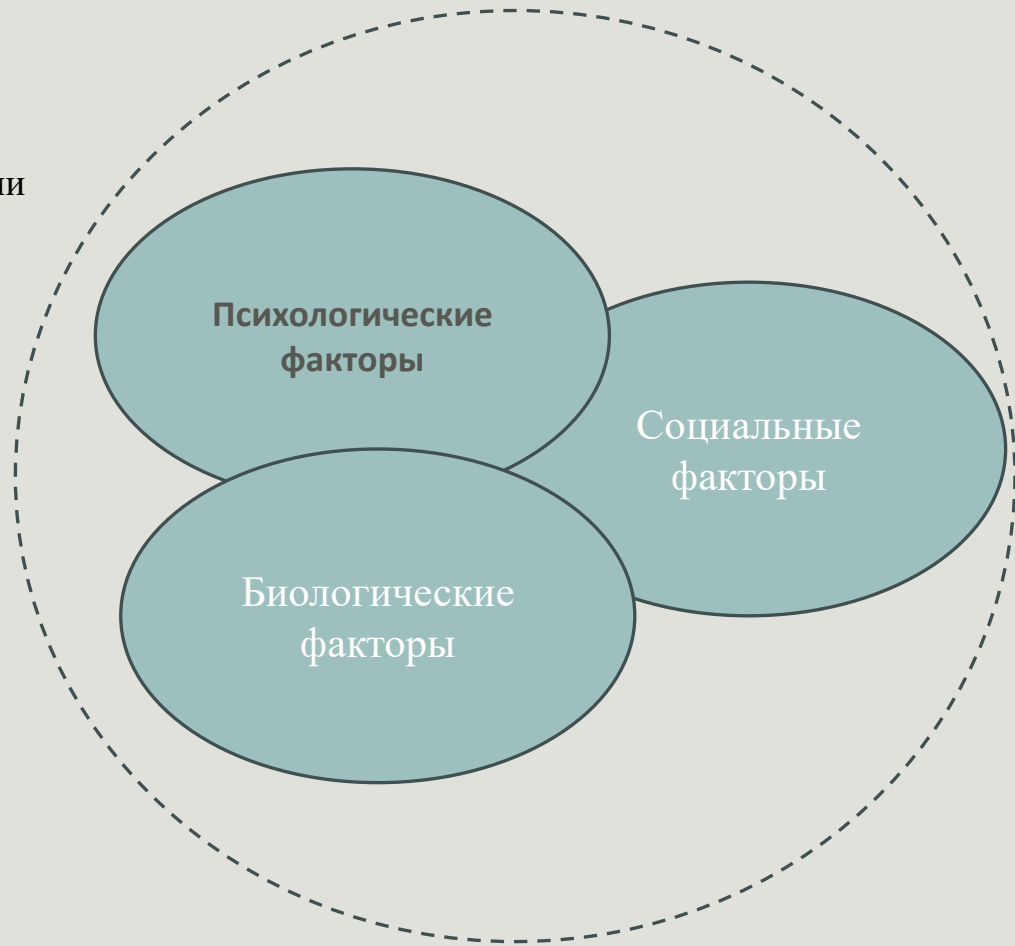
Паранойальное, шизоидное, гистрионное РЛ способствуют нарушению поведения болезни

Соматоперцептивные акцентуации

Невропатия, соматотония, сегментарная деперсонализация приводят к измененному восприятию соматических заболеваний

Психотравмирующие события

По типу «ключ-замок», крайне значимые для конкретного индивидуума



Социальные факторы риска психосоматических расстройств

**Низкий образовательный и
социальноэкономический уровень**

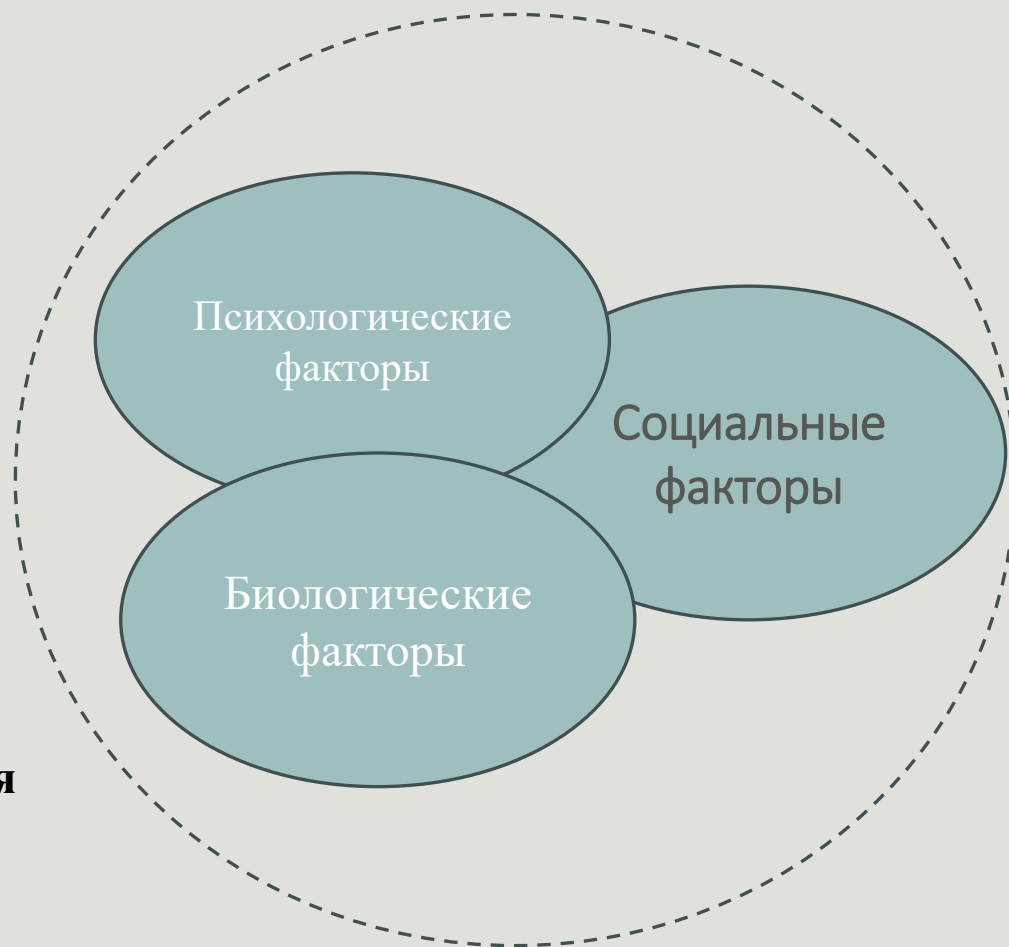
Социальная нестабильность

**Информационная перегрузка в
современном обществе**

Безработица

Некомфортные условия проживания
Отсутствие личного пространства

Неблагоприятный эпидемиологический фон
Вирусные заболевания (COVID-19)



Расстройства невротического спектра в кардиологии

1. Неврастения: астено-невротический, астено-депрессивный, астено-ипохондрический синдромы
2. Тревожные расстройства: ГТР, паническое расстройство, тревожно-депрессивный, тревожно – фобический синдром
3. Депрессивные расстройства
4. Соматоформные расстройства
5. Фобическое расстройство
5. Ипохондрическое расстройство
6. Конверсионное расстройство
7. Расстройство адаптации (реакция на ситуацию болезни)

Критерии депрессивного эпизода (МКБ-10)

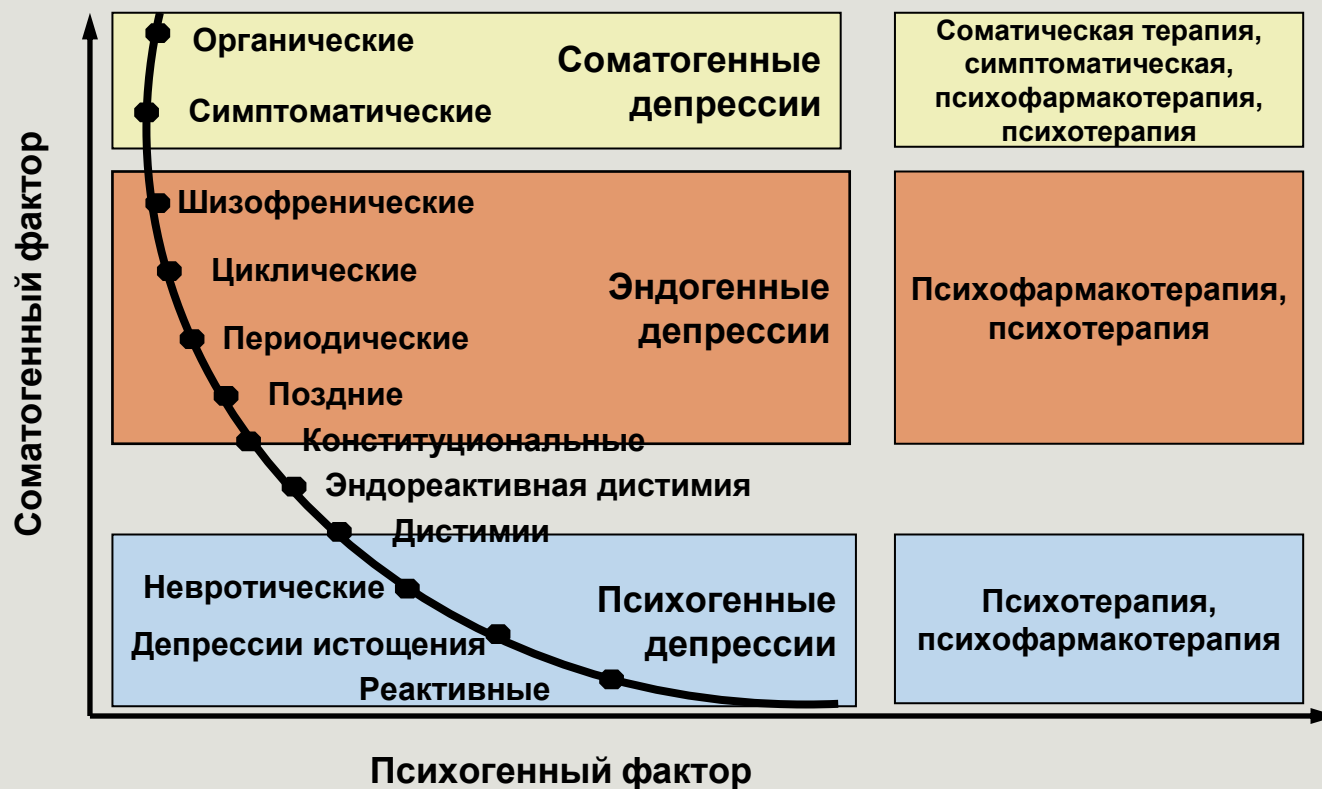
ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ

- снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно, большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации
- отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями
- снижение энергии и повышенная утомляемость

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ

- снижение способности к сосредоточению внимания
- снижение самооценки
- идеи виновности и уничижения (даже при легких депрессиях)
- мрачное и пессимистическое видение будущего
- идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства
- нарушения сна
- нарушения аппетита

Нозологическая классификация и лечение депрессивных состояний



Kielholz P., 1965, С.Н. Мосолов 1994

«Маски» депрессий

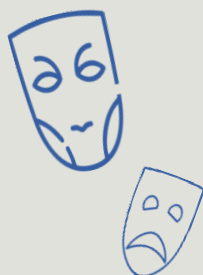
- тахикардия, экстрасистолия, лабильность артериального давления, головокружение, мышечное напряжение, слабость в конечностях, нейродермит, кожный зуд, снижение и повышение аппетита, эректильные дисфункции, нарушения менструального цикла.
- цефалгии, кардиалгии, абдоминалгии, фибромиалгии, невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит), спондилоалгии и т.д.

ДИСТИМИЯ

Среди пациентов первичного звена широко распространена дистимия- хроническая (продолжающаяся не менее 2 лет) неглубокая депрессия, проявляющаяся в большей степени астеническими и соматовегетативными нарушениями

СИМПТОМЫ ДЕПРЕССИИ МОГУТ СКРЫВАТЬСЯ ПОД МАСКАМИ СОМАТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ¹

«Маски» в форме нарушения биологического	«Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных	«Маски» в форме алгий	«Маски» в форме патохарактерологических расстройств	«Маски» в форме психопатологических расстройств
• Бессонница • Гиперсомния	• Вегетативные нарушения, головокружение • Функциональные нарушения внутренних органов (синдром гипервентиляции, кардионевроз, синдром раздраженной толстой кишки и др.) • Нейродермит, кожный зуд • Анорексия, булимия • Импотенция, нарушения менструального цикла	• Цефалгии • Кардиалгии • Абдоминалгии • Фибромиалгии • Невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит) • Спондилоалгии • Псевдоревматические артралгии	• Расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания) • Антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии) • Истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного)	• Тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, тревожные сомнения, панические атаки, агорафобия) • Obsessивно-компульсивные (навязчивости) • Ипохондрические • Неврастенические



1. ФГБНУ НЦПЗ. «Депрессии в общей медицине: Руководство для врачей»

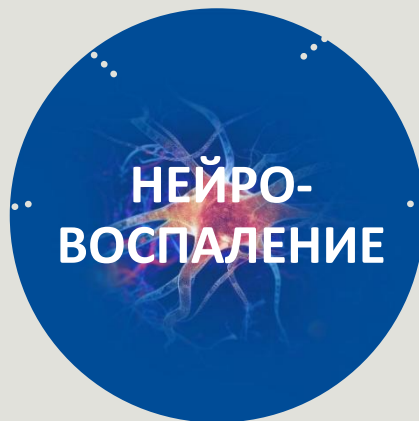
Нейровоспаление при депрессии — почему об этом стоит говорить?



Повышает уровень кортизола через ГГН-ось, что приводит к **структурным изменениям головного мозга** и нарушению процессов нейрогенеза⁴



Запускает процесс утилизации триптофана по кинурениновому пути, что повышает количество хинолиновой кислоты, накопление которой приводит к **дисфункции и гибели нейронов**⁵



Приводит к нарушениям метаболизма дофамина и глутамата, что, в свою очередь, связано с **развитием ангедонии** у пациентов с депрессией^{2,3}



Повышает риск развития **нейродегенеративных заболеваний**, в том числе болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона^{6–9}



Играет ключевую роль в патогенезе депрессивного расстройства, включая **терапевтически-резистентную депрессию (ТРД)**. Пациенты с ТРД имеют более высокие уровни воспалительных цитокинов по сравнению с теми, кто отвечает на антидепрессанты¹

1. Hashimoto K. Neuroinflammation through the vagus nerve-dependent gut-microbiota-brain axis in treatment-resistant depression. *Prog Brain Res.* 2023;278:61–77. doi:10.1016/bs.pbr.2023.01.003.

ГГН-ось — гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось

2. Beknbat M, Treadway MT, Feiger JC. Inflammation as a Pathophysiologic Pathway to Anhedonia: Mechanisms and Therapeutic Implications. *Curr Top Behav Neurosci.* 2022;58:397–419. doi:10.1007/7854_2021_294.

3. Haroon E, Miller A.H. Inflammation Effects on Brain Glutamate in Depression: Mechanistic Considerations and Treatment Implications // *Curr. Top. Behav. Neurosci.* 2017. Vol. 31. P. 173–198.

4. Pariante C.M. Why are depressed patients inflamed? A reflection on 20 years of research on depression, glucocorticoid resistance and inflammation // *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2017. Vol. 27. P. 554–559.

5. Guillemin G.J. Quinolinic acid, the inescapable neurotoxin // *FEBS.* — 2012. — Vol. 279, № 8. — P. 1356–1365.

6. Ramachandran AK, Das S, Joseph A, Shenoy GG, Alex AT, Mudgal J. Neurodegenerative Pathways in Alzheimer's Disease: A Review. *Curr Neuropharmacol.* 2021;19(5):679–692. doi:10.2174/1570159X18666200807130637.

7. Ahmad MA, Kareem O, Khushfatar M, et al. Neuroinflammation: A Potential Risk for Dementia. *Int J Mol Sci.* 2022;23(2):616. Published 2022 Jan 6. doi:10.3390/ijms23020616.

8. Kouli A, Spindler LRB, Fryer TD, et al. Neuroinflammation is linked to dementia risk in Parkinson's disease. *Brain.* 2024;147(3):923–935. doi:10.1093/brain/awad322.

9. Pan J, Hu J, Meng D, Chen L, Wei X. Neuroinflammation in dementia: A meta-analysis of PET imaging studies. *Medicine (Baltimore).* 2024;103(18):e38086. doi:10.1097/MD.00000000000038086.

Коррекция нейровоспалительного компонента — важная цель терапии резистентной депрессии

Терапевтическая резистентность к антидепрессантам у больных депрессией связана с влиянием на уровень провоспалительных цитокинов.

В ряде исследований было показано, что

ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ

↑ IL-6

в плазме крови является **предиктором плохого ответа на антидепрессанты**^{6,7}

Сообщается, что около



30%

пациентов с депрессивным расстройством не отвечают на терапию **СИОЗС/СИОЗСН**^{3,4}

МЕНЕЕ 60%

ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ

**ДОСТИГАЮТ
РЕМИССИИ**

НА ФОНЕ ТЕРАПИИ
АНТИДЕПРЕССАНТАМИ⁴

Предполагалось, что основной терапевтический механизм действия препаратов группы СИОЗС/СИОЗСН заключается только в модуляции моноаминергических систем¹

Однако современные исследования показали, что **депрессия связана и с воспалением**^{2,5}, а терапевтическая эффективность антидепрессантов обусловлена различными факторами, в том числе их **противовоспалительными свойствами**^{1,2}

СИОЗС — селективный ингибитор обратного захвата серотонина; СИОЗСН — селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина

1. Tynan RJ, Weidenhofer J, Hinwood M, Cairns MJ, Day TA, Walker FR. A comparative examination of the anti-inflammatory effects of SSRI and SNRI antidepressants on LPS stimulated microglia. *Brain Behav Immun*. 2012;26(3):469–479. doi:10.1016/j.bbi.2011.12.011.
2. Naji Esfahani H, Rafiee L, Haghighi Javanmard S. Evaluation of the Effect of Antidepressant Drug, Fluvoxamine, on Cyclooxygenase-2 Protein Expression in Lipopolysaccharide-stimulated Macrophages. *Adv Biomed Res*. 2019;8:5. Published 2019 Jan 31. doi:10.4103/abr.abr_141_18.
3. Kohler O, Krogh J, Mors O, Eriksen Benros M. Inflammation in depression and the potential for anti-inflammatory treatment. *Curr Neuropharmacol*. 2016;14:732–42.
4. Любов Е.Б., Игнатенко С.А. Рациональный выбор и применение антидепрессантов в психиатрической практике. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2015;115(1-2):36–42..
5. Namiot, E.D., Smirnovová, D., Sokolov, A.V. et al. Depression clinical trials worldwide: a systematic analysis of the ICTRP and comparison with ClinicalTrials.gov. *Transl Psychiatry* 14, 315 (2024).
6. Lanquillon S, Krieg JC, Bening-Abu-Shach U, Vedder H. Cytokine production and treatment response in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology*. 2000;22:370–9. doi: 10.1016/S0893-133X(99)00134-7.
7. O'Brien SM, Scully P, Fitzgerald P, et al. Plasma cytokine profiles in depressed patients who fail to respond to selective serotonin reuptake inhibitor therapy. *J Psychiatr Res*. 2007;41:326–31.

Повышенный уровень провоспалительных цитокинов увеличивает риск развития ИБС у пациентов с депрессией¹

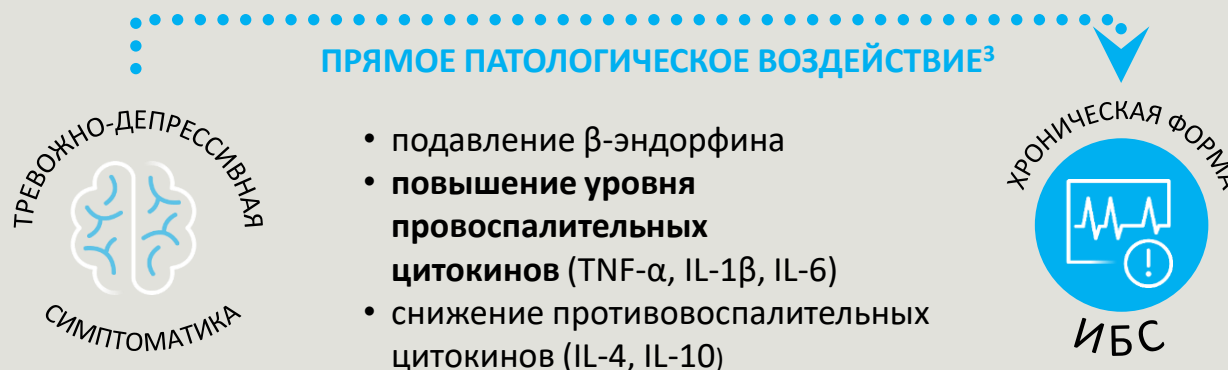
Установлено, что депрессия связана с **повышенными уровнями С-реактивного белка, IL-1, IL-6¹**

Высокий уровень провоспалительных цитокинов **увеличивает риск развития ИБС** и смерти от нее¹



Доказана связь между повышенным уровнем IL-6 у лиц с ИБС и сопутствующими аффективными нарушениями по сравнению с лицами с ИБС без сопутствующей тревожно-депрессивной симптоматики²

Подобная взаимосвязь формирует **более неблагоприятный прогноз** заболевания^{2,3}



ИБС — ишемическая болезнь сердца; IL — интерлейкин.

1. Howren MB, Lamkin DM, Suls J. Associations of depression with C-reactive protein, IL-1, and IL-6: a meta-analysis. Psychosom Med. 2009;2:171–86.

2. Голубев А. В., Крылова Ю. С., Сысоев К. А., Шляхто Е. В., Незнанов Н. Г., Тотолян А. А., Козлова С. Н. Влияние цитокинов на коморбидность ишемической болезни сердца и аффективных расстройств тревожно-депрессивного спектра // Медицинская иммунология. 2010. №3.

3. Герцев А. В., Ищук В. Н., Закревский Ю. Н. Особенности влияния тяжести тревожно-депрессивных расстройств на состояние нейропептидно-цитокинового статуса иммунной системы при различных вариантах клинического течения хронической ишемической болезни сердца. Медицинская иммунология. 2019;21(5):973–980.

RUS2369834 (v1.1)

Коррекция нейровоспалительного компонента депрессии — фокус на нейродегенеративные изменения

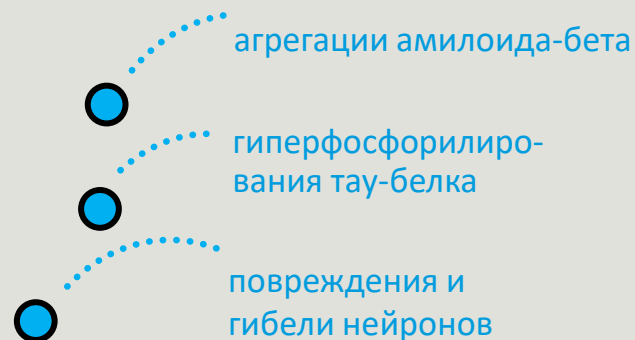
»»» Нейровоспаление - **ранний модифицируемый** этиопатогенетический фактор, позволяющий **предотвратить или замедлить** развитие деменции¹

»»» Повышение уровня провоспалительных цитокинов — **причина развития нейродегенеративных процессов**²

»»» Терапевтические стратегии, **направленные на нейровоспалительный процесс**, позволяют обеспечить **лучший контроль над прогрессированием** болезни Альцгеймера²



Нейровоспаление является причиной²:



Нейровоспаление **признано существенным фактором** прогрессирования хронических неврологических заболеваний³

Существует много причин нейродегенеративных изменений, однако **воспаление является их общим признаком**⁴

1. Kouli A, Spindler LRB, Fryer TD, et al. Neuroinflammation is linked to dementia risk in Parkinson's disease. Brain. 2024;147(3):923–935. doi:10.1093/brain/awad322.

2. Bronzuoli MR, Iacomino A, Steardo L, Scuderi C. Targeting neuroinflammation in Alzheimer's disease. J Inflamm Res. 2016;9:199–208. Published 2016 Nov 3. doi:10.2147/JIR.S86958.

3. Guzman-Martinez L, Maccioni R.B.; Andrade V.; Navarrete L.P.; Pastor M.G.; Ramos-Escobar N. Neuroinflammation as a Common Feature of Neurodegenerative Disorders. Front. Pharmacol. 2019, 10, 452270.

4. Giri PM, Banerjee A, Ghosal A, Layek B. Neuroinflammation in Neurodegenerative Disorders: Current Knowledge and Therapeutic Implications. Int J Mol Sci. 2024;25(7):3995.

Симптомы тревожного состояния

Психопатологические симптомы

- ❖ Тревога
- ❖ Беспокойство по мелочам
- ❖ Раздражительность, нетерпеливость
- ❖ Неспособность расслабиться
- ❖ Нарушения ночного сна
- ❖ Быстрая утомляемость
- ❖ Страхи
- ❖ Ощущение напряженности, скованность
- ❖ Ощущение взвинченности, «на грани срыва»

Соматические (вегетативные) симптомы

 Дискомфорт в области сердца Учащенное сердцебиение Ощущение пульсации сосудов	 Боль в груди Затрудненность вдоха/“ком в горле” Чувство нехватки воздуха	 Затруднения при засыпании Беспокойство при пробуждении Прерывистый сон с кошмарами
 Учащенное мочеиспускание Снижение либидо, импотенция Менструальные нарушения	 Головокружение Приливы жара и холода Тремор, мышечные вздрагивания	 Сухость во рту Тошнота, диарея Абдоминальный дистресс

ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ТИПЫ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

Паническое расстройство

- Периодические приступы тревоги
- В межприступном периоде ожидание повторного появления тревоги
- Формирование вторичного ограничительного поведения

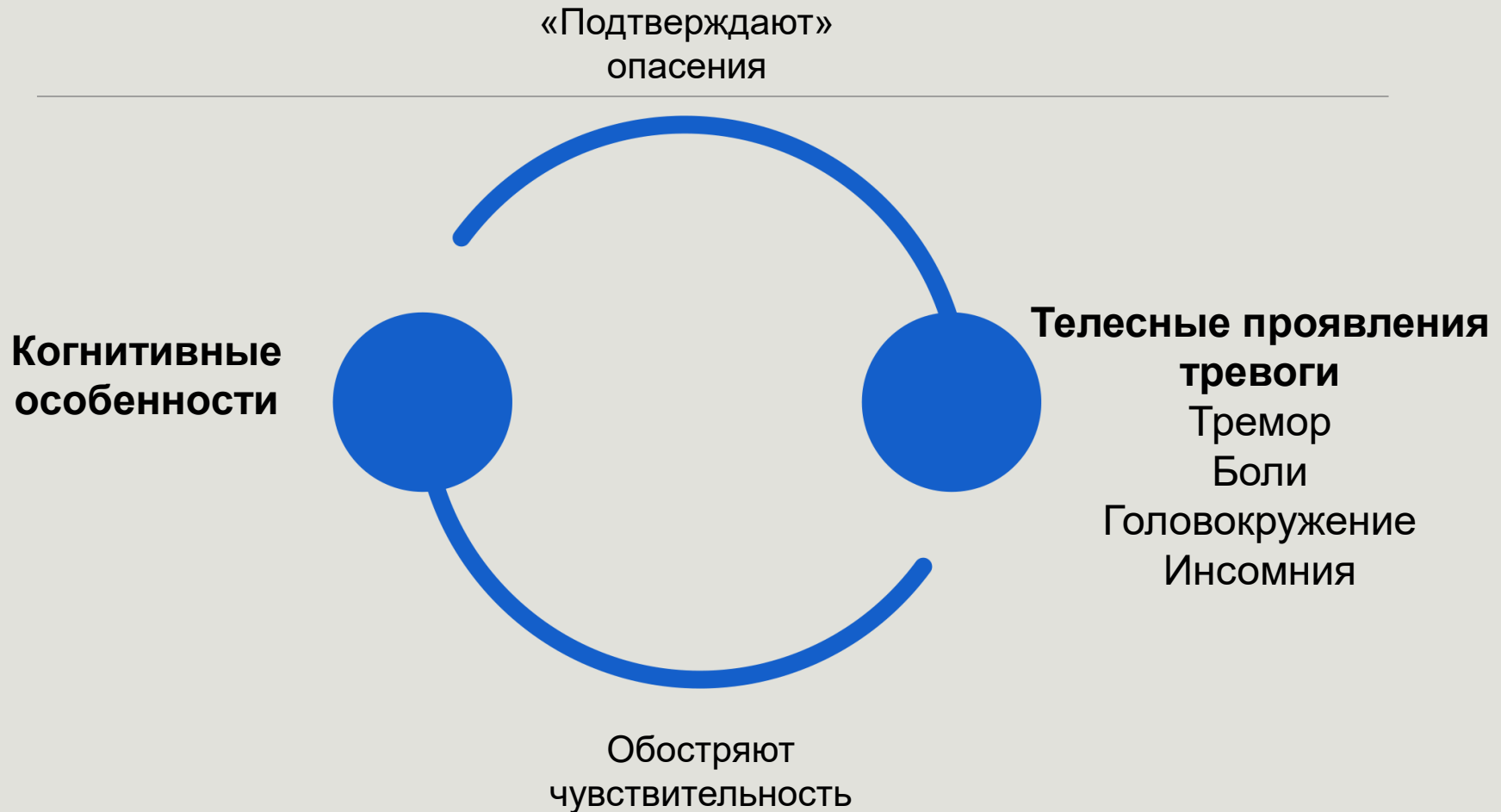
Генерализованное тревожное расстройство

- Тревога отмечается на протяжении большей части времен
- Волнообразные колебания тревоги
- Усиление на фоне объективных причин для тревоги

Социальные фобии

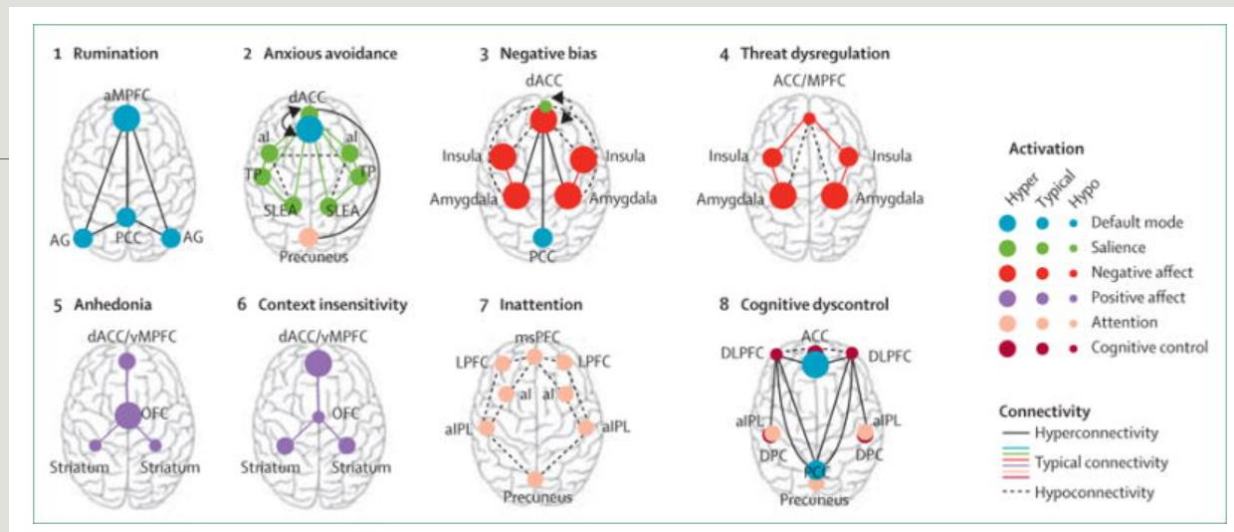
- Страх социального взаимодействия, выполнения тех или иных действий под пристальным вниманием окружающих
- Может иметь как изолированные, так и генерализованный характер

ПОРОЧНЫЙ КРУГ КОГНИТИВНОЙ И ТЕЛЕСНОЙ ТРЕВОГИ



ОБЩИЕ НЕЙРОНАЛЬНЫЕ КОНТУРЫ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ

- Мета-анализ 298 фМРТ-исследований
- Более 10 тысяч пациентов и лиц группы контроля



- Дисфункция основных нейрональных контуров обнаруживает общие закономерности у пациентов с большой депрессией и большинством тревожных расстройств (ГТР, ПР, социофобия)
- Наибольшее число сходств было обнаружено в отношении руминаций, тревожного избегания, систематических негативных ошибок трактовки окружающей действительности.

ОСНОВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ

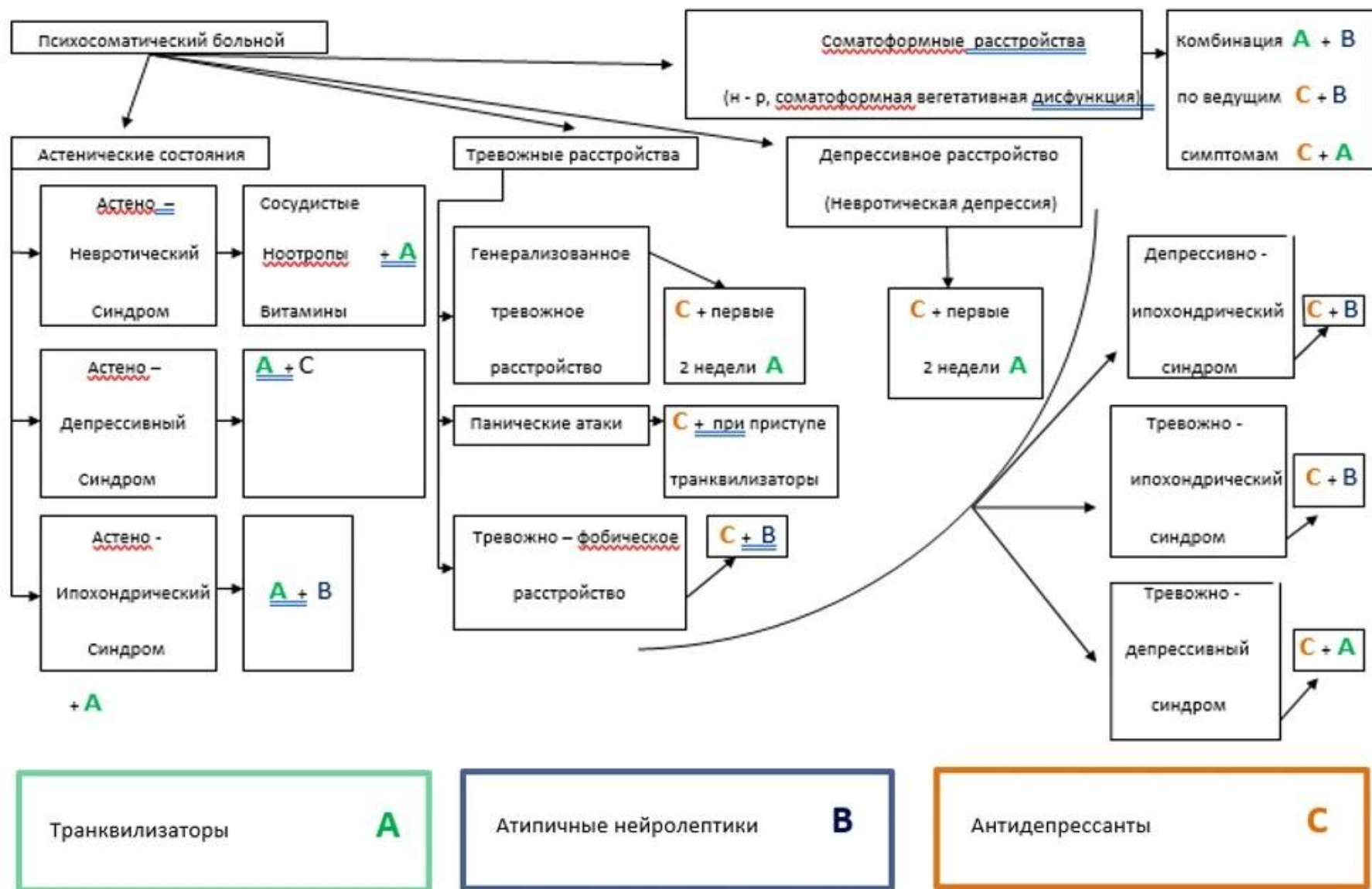
Депрессии	Объективные: шкала депрессии Гамильтона (HDRS) и Монтгомери-Асберга (MADRS) Субъективные: шкала депрессии Цунге (SDS) и Бека (BDI), опросник здоровья пациента (PHQ-9)
Тревожные расстройства	Объективные: шкала тревоги Гамильтона (HARS) Субъективные: опросник тревоги Бека (BAI) и Шихана (SARS)
Инсомния	Питтсбургский индекс качества сна (PIQS)
Качество жизни	Опросник качества жизни SF-36 Краткая форма опросника качества жизни из 12 вопросов (SF-12v2)

О ЧЕМ НУЖНО СПРОСИТЬ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ЗАПОЛНЕНИЯ ШКАЛ?

- Анамнестические данные о прошлых эпизодах психического неблагополучия, эффективность проводимой терапии
- Наследственная отягощенность – суициды, запойное пьянство, а также эффективность психофармакотерапии у родственников
- Наличие суицидальных мыслей, злоупотребления психоактивными веществами
- Социальные и личностные факторы

Принципы терапии тревожных и депрессивных расстройств





АНКСИОЛИТИКИ

Производные БЗД

- Диазепам, тофизопам, лоразепам, алпразолам, феназепам

Производные дивенилметана

- Гидроксизин

Производные азаспиродекандиона

- Буспирон

Другие анксиолитики

- Алимемазин
- Этифоксин, фабомотизол (афобазол)

Транквилизаторы: основная группа препаратов для лечения тревоги



Лекарственные средства разной химической структуры, действие которых направлено на ЦНС и способствует устранению эмоциональной напряженности, тревоги и страха.

Механизм психотропного действия:

торможение (или нормализация) активности структур мозга (лимбической системы, гипоталамуса, ретикулярной формации ствола мозга, таламических ядер), **ответственных за регуляцию эмоциональных реакций.**

Транквилизаторы: вопросы терминологии

Заменителями (но не синонимом) термина «**транквилизатор**» являются понятия:

- ✓ **«анксиолитик»** (от лат. *anxius* - тревожный, полный боязни, охваченный страхом + от греч. *lytikos* - растворяющий, ослабляющий)
- ✓ **«атарактик»** (от греч. *ataraxia* — невозмутимость, спокойствие духа)
- ✓ **«антифобическое средство»** (от греч. *phobos* — страх).

Клинические эффекты транквилизаторов

- ❖ редукция эмоциональных расстройств (включая тревогу и страх);
- ❖ повышение уровень психической и социальной адаптации больных;
- ❖ уменьшение проявления вегетативных дисфункций, неврастенических нарушений, расстройств засыпания и остальных проявлений, характерных для большинства пограничных форм психических расстройств.

Бензодиазепины

Преимущества



- Смягчают симптомы тревоги
- Быстрое начало действия
- Цена
- Приветствуются больными



Недостатки

- Не рекомендуются к длительному приему
- Могут спровоцировать депрессию
- Психомоторные/когнитивные нарушения
- Злоупотребление
- Толерантность
- В основном облегчение соматических симптомов
- Прием чаще несколько раз в день
- Отмена

Опасности применения бензодиазепинов, снотворных

- ✓ Развитие толерантности и возврат инсомнии;
- ✓ Возникновение привыкания, зависимости
- ✓ Поведенческая токсичность
- ✓ Увеличение дозы приводит к интоксикации и сонливости
- ✓ Резкая отмена может приводить к абстинентной бессоннице (лекарственная инсомния)
- ✓ Назначать их следует **сроком не более чем 2 - 3 недели.**
- ✓ При употреблении снотворных с длительным периодом полувыведения может появиться дневная сонливость.



Фармакологические свойства^{1, 2, 3}

Блокада альфа-адренорецепторов ЦНС

Анксиолитический эффект (*Редукция тревоги и страха*)
Седативный эффект
Снотворный эффект

Блокада H₁-гистаминовых рецепторов (в ЦНС и на периферии)

Седативный эффект
Снотворный эффект
Противозудный и противоаллергический эффекты

Блокада 5-НТ-серотониновых рецепторов

Антидепрессивное действие
Противотревожное действие

Блокада дофаминовых рецепторов

Антипсихотическое действие
Противорвотное и противокашлевое действие
Гипотермическое действие

Блокада периферических альфа-адренорецепторов и М-холинорецепторов

Спазмолитическое действие
Гипотензивное действие

1. Д. Ф. Ибрагимов Алимемазин во врачебной практике//Журнал неврологии и психиатрии. 2008, №9, с.76–78.

2. Д. Ф. Пушкарев Алимемазин в психиатрической практике и общей медицине (обзор литературы)// Психические расстройства в общей медицине. 2013, №1, с.56-61.

3. Инструкция по медицинскому применению препарата Тералиджен.

Невротические и
соматоформные
симптомокомплексы,
являющиеся показанием
к назначению
антидепрессантов в
общемедицинской
практике

Депрессивный синдром (маскированная депрессия, депрессивный синдром с соматическими симптомами, соматогенная депрессия, например, сосудистая или постинсультная).

Фобический синдром.

Тревожный синдром (генерализованная тревога с соматическими симптомами или пароксизмы тревоги с соматическими симптомами. Тревожно - депрессивный синдром. Тревожно – ипохондрический синдром.

Астено – депрессивный синдром. Астено – ипохондрический синдром.

Соотношение стимулирующего и седативного эффекта антидепрессантов связано с их фармакологическими мишенями



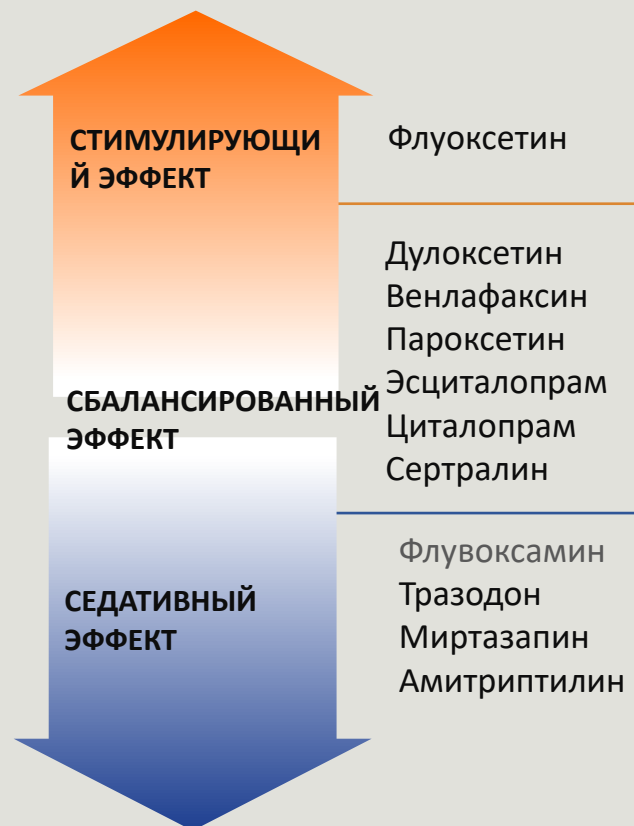
Антидепрессивный эффект обеспечивается блокадой обратного захвата²:

- Серотонина
- Норадреналина
- Дофамина

Вторичные фармакологические мишени обуславливают особенности клинического эффекта и профиль переносимости²:

- Блокада 5HT_{2C}-рецепторов
- Блокада М-холинорецепторов
- Агонизм к σ_1 -рецепторам
- Блокада цитохромов CYP1A2, 2D6, 3A4 и др.

Клиническая классификация в соответствии с соотношением активирующего и седативного эффектов¹



5HT_{2C}-рецепторы – рецепторы серотонина подтипа 2C, CYP – цитохром P450

1. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. Москва Артинфо Пабблишинг. 2007.- 63с.
2. Stahl M.S. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 4th ed. New York: Cambridge University Press; 2013

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

СИОЗС

- флувоксамин, циталопрам/эсциталопрам, пароксетин, флуоксетин, сертралин

ИОЗСН

- венлафаксин, дулоксетин

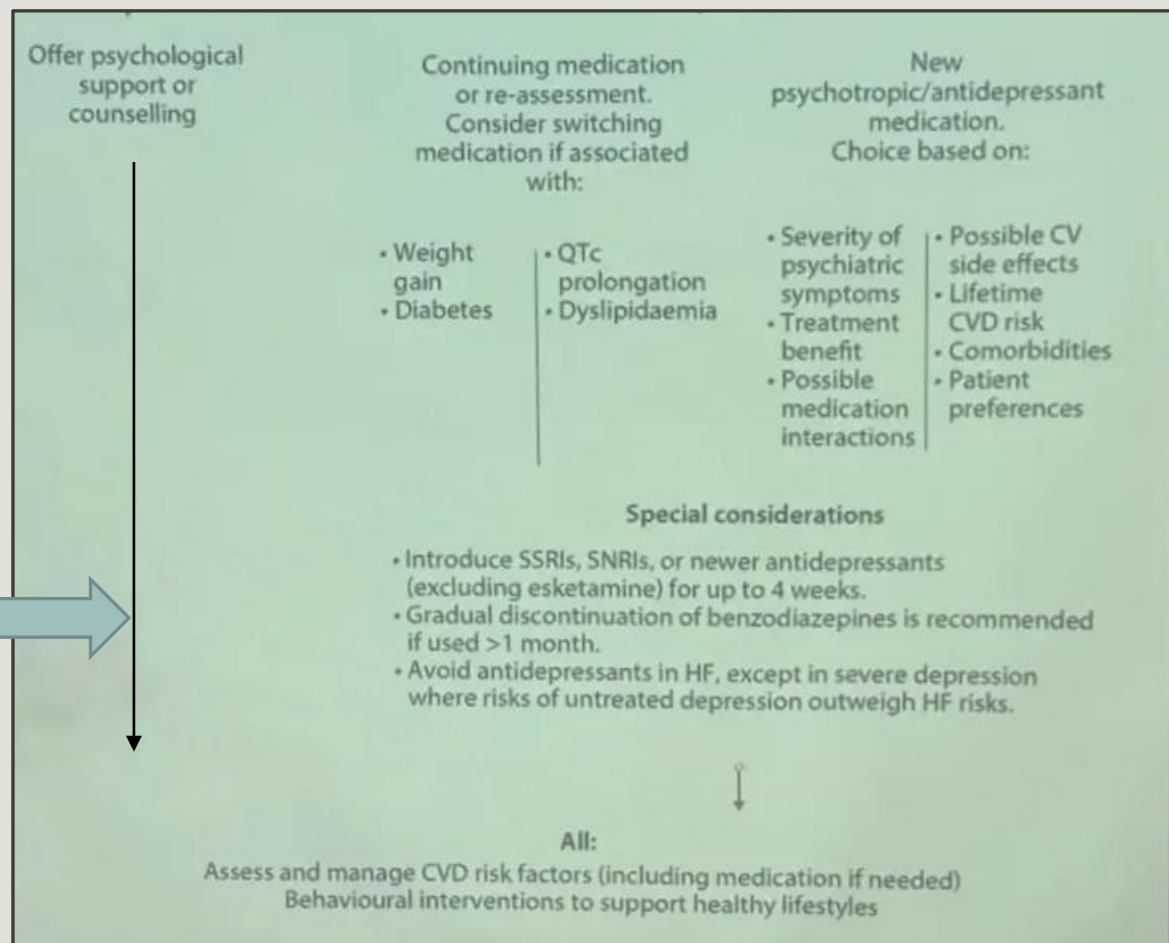
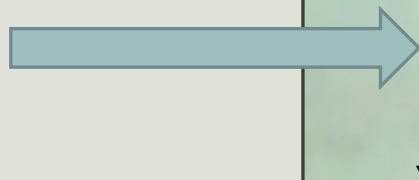
Атипичные антидепрессанты

- вортиоксетин, агомелатин

Трициклические антидепрессанты

- амитриптилин, кломипрамин, миртазапин, имипрамин

Наиболее безопасным у этих пациентов являются **ингибиторы обратного захвата серотонина**, а наименьшими межлекарственными взаимодействиями характеризуются **сертралин, циталопрам и эсциталопрам**



СИОЗС значительно увеличивают риск большого кровотечения на фоне приема с антикоагулянтами или антиагрегантами!

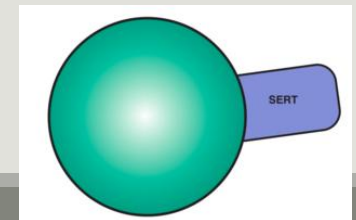
СЕЛЕКТИВНЫЕ ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА

Дополнительные желательные эффекты

- ✓ Активирующий (при краткосрочном приеме)
- ✓ Противотревожный (при длительном приеме)
- ✓ Уменьшение аппетита, снижение массы тела (при кратковременном приеме)
- ✓ Антиагрегантный эффект
- ✓ Уменьшение выраженности приливов

Дополнительные нежелательные эффекты

- ✓ Провокация тревоги
- ✓ Гастроинтестинальные побочные эффекты
- ✓ Прибавка массы тела при длительном приеме
- ✓ Риск развития кровотечений
- ✓ Сексуальная дисфункция
- ✓ Серотонин-обусловленная апатия
- ✓ Многочисленные эффекты в отношении цитохромов печени



ВСЕ ЛИ СИОЗС ДЕЙСТВУЮТ ОДИНАКОВО? (1)

Флуоксетин – очень слабый ингибитор обратного захвата норадреналина, антагонист 5-HT_{2C} рецепторов (повышает уровень норадреналина и дофамина в лобных долях), самый медленный период полувыведения, терапевтически активный метаболит

Достоинства: выраженное активирующее действие, отчётливо снижает аппетит, меньше всего симптомов отмены

Недостатки: наиболее сильная провокация тревоги и тошноты в первые дни приема, клинический эффект развивается медленнее всего

Флувоксамин – мощный ингибитор сигма-рецепторов, крайне короткий период полувыведения

Достоинства: наиболее мощное противотревожное и противообсессивное действие, задокументированная эффективность в монотерапии при психотических депрессиях, прокогнитивное действие

Недостатки: может оказывать седативное действие в начале приема

Пароксетин – очень слабый ингибитор обратного захвата норадреналина, холинолитик, ингибитор NO-синтазы, ингибирует собственный метаболизм через CYP2D6

Достоинства: быстрое развитие противотревожного эффекта, высокая эффективность как в отношении депрессии, так и в отношении тревоги

Недостатки: холинолитические эффекты, прибавка массы тела, сильнейшее среди СИОЗС влияние на эрекцию, плохо переносится и начало терапии, и отмена терапии

ВСЕ ЛИ СИОЗС ДЕЙСТВУЮТ ОДИНАКОВО? (2)

Сертралин – очень слабый ингибитор обратного захвата дофамина

Достоинства: умеренное активирующее действие, может немного улучшать когнитивные функции

Недостатки: повышенная вероятность усиления тревоги в первые дни приема

Циталопрам – блокада гистаминовых рецепторов, может удлинять интервал QT

Достоинства: мягкое седативное действие, относительно малое число лекарственных взаимодействий

Недостатки: седативное действие может переноситься плохо многими активными пациентами в амбулаторной практике, может быть опасен в сочетании с другими препаратами, удлиняющими QT или при синдроме удлиненного QT

Эсциталопрам – единственный по-настоящему селективный ИОЗС, активный энантиомер циталопрама

Достоинства: чистое серотонинергическое действие без добавочных эффектов, относительно малое число лекарственных взаимодействий

Недостатки: все еще следует соблюдать осторожность в отношении интервала QT

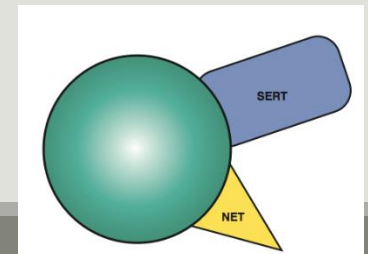
ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА И НОРАДРЕНАЛИНА

Дополнительные желательные эффекты

- ✓ Противоболевой
- ✓ Активирующий (при краткосрочном приеме)
- ✓ Противотревожный (при длительном приеме)
- ✓ Уменьшение аппетита, снижение массы тела (при кратковременном приеме)
- ✓ Антиагрегантный эффект
- ✓ Уменьшение выраженности приливов

Дополнительные нежелательные эффекты

- ✓ Провокация тревоги
- ✓ Гастроинтестинальные побочные эффекты
- ✓ Риск развития кровотечений
- ✓ **Повышение АД и пульса**



ВСЕ ЛИ ИОЗСН ДЕЙСТВУЮТ ОДИНАКОВО?

Венлафаксин – в дозах до 150 мг в сутки действует преимущественно как СИОЗС, по мере нарастания дозировок приобретает норадренергическую и дофаминергическую активность. Имеет активный метаболит (дезвенлафаксин), являющийся более мощным ингибитором обратного захвата норадреналина, метаболизируется через 2D6

Достоинства: в зависимости от дозы может быть эффективен при тревоге, депрессии, хронической боли, считается одним из мощнейших антидепрессантов

Недостатки: высокий риск синдрома отмены, нелинейная фармакокинетика (за счет 2D6), для развития по-настоящему мощного эффекта следует применять высокие дозы

Дулоксетин – сбалансированное влияние на обратный захват серотонина и норадреналина

Достоинства: считается золотым стандартом лечения болевых синдромов, все еще эффективен при тревожных расстройствах, удобный режим дозирования (60-120 мг)

Недостатки: может быть менее эффективен как антидепрессант по сравнению с венлафаксином

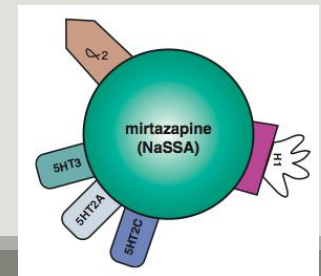
НОРАДРЕНЕРГИЧЕСКИЕ И СПЕЦИФИЧЕСКИЕ СЕРОТОНИНЕРГИЧЕСКИЕ АД (МИРТАЗАПИН)

Дополнительные желательные эффекты

- ✓ Снотворный эффект
- ✓ Быстрое противотревожное действие
- ✓ Стимуляция аппетита
- ✓ Потенциация СИОЗС и ИОЗСН

Дополнительные нежелательные эффекты

- ✓ Седация, дневная сонливость
- ✓ Прибавка массы тела
- ✓ Ортостатическая гипотензия



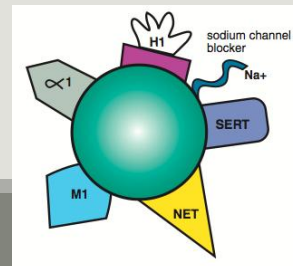
ТРИЦИКЛИЧЕСКИЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Дополнительные желательные эффекты

Противоболевое
Улучшение ночного сна
Стимуляция аппетита
Регуляция моторики ЖКТ
Снижение чувствительности
мочевого пузыря

Дополнительные нежелательные эффекты

- ✓ Седация, дневная сонливость, когнитивные нарушения
- ✓ Задержка мочи, провокация запоров
- ✓ Повышение внутриглазного давления
- ✓ Повышение аппетита и массы тела
- ✓ Ортостатическая гипотензия
- ✓ Провокация жизнеугрожающих аритмий
- ✓ Снижение порога судорожной готовности



МЕСТО ТРИЦИКЛИКОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Общемединской



Дозировка: 10-50 мг

Показания:

- *Абузусная головная боль*
- *Мигрень (входит в клинические рекомендации)*
- *Прочие болевые синдромы*
- *Синдром раздраженной кишки (входят в клинические рекомендации)*
- *Ночной энурез и нейрогенный мочевого пузыря (преимущественно, имипрамин)*
- *Бессонница (официально одобрен только доксепин)*

Психиатрической



Дозировка: >100 мг

Показания:

- *Депрессия (преимущественно, тяжелая)*
- *Тревожные и обсессивно-компульсивные расстройства (только кломипрамин)*

Дозировка: <100 мг

Показания:

Комбинирование с СИОЗС и ИОЗСН для усиления их эффекта (с осторожностью)

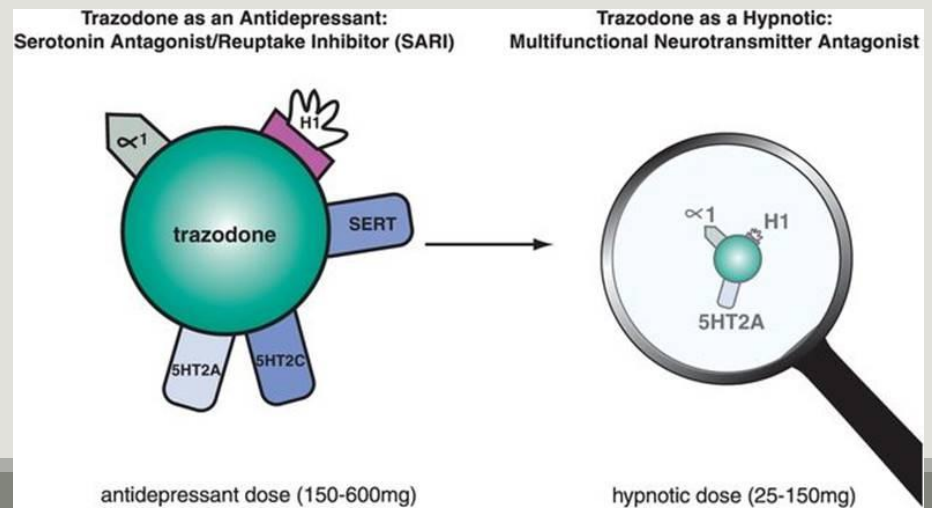
ИОЗС И БЛОКАТОР СЕРОТОНИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ (ТРАЗОДОН)

Дополнительные желательные эффекты

- ✓ Мощное снотворное действие начиная с малых доз
- ✓ Быстрое развитие противотревожного эффекта
- ✓ Возможно положительное влияние на сексуальную сферу
- ✓ Не влияет на вес
- ✓ Уменьшает выраженность дискинезий и гиперкинезов

Дополнительные нежелательные эффекты

- ✓ Высокий риск ортостатической гипотензии в первые дни приема и при повышении дозы
- ✓ При приеме в терапевтических антидепрессивных дозах оказывает выраженное седативное действие



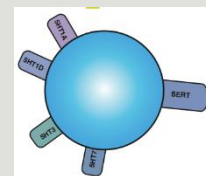
МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ АНТИДЕПРЕССАНТ (ВОРТИОКСЕТИН)

Дополнительные желательные эффекты

- ✓ Прокогнитивный
- ✓ Повышение энергетики и мотивации
- ✓ Противотревожный
- ✓ Сохранение адекватной эмоциональности
- ✓ Кардиобезопасность

Дополнительные нежелательные эффекты

- ✓ Тошнота и снижение аппетита (реже, чем на СИОЗС)

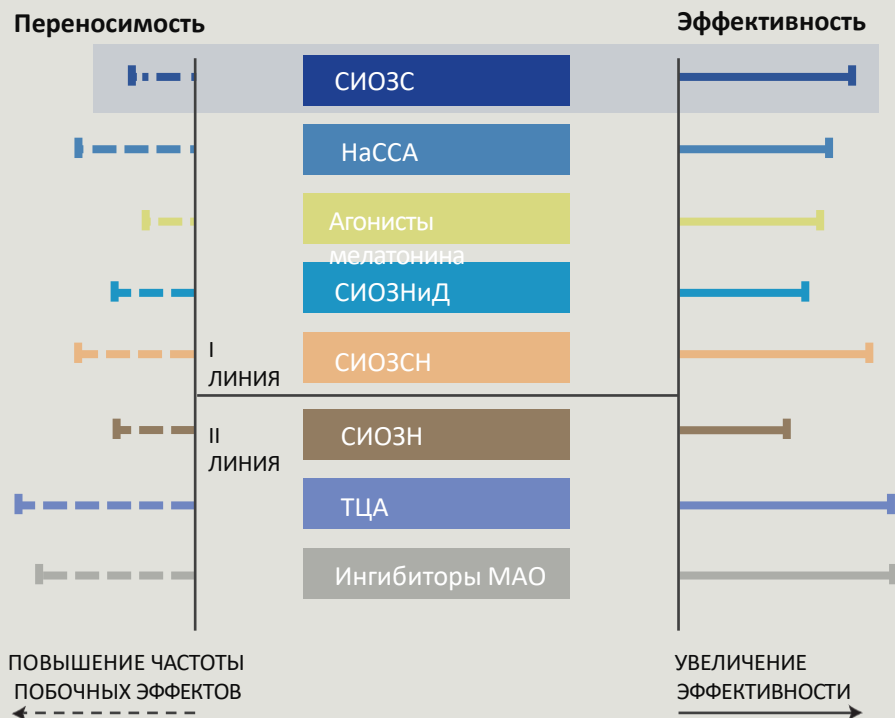


Среди разнообразия антидепрессантов приоритет отдается оптимальному соотношению эффективность/безопасность*^{1,2}

Для лечения депрессии легкой или средней степени тяжести СИОЗС или другие современные антидепрессанты являются препаратами первого выбора^{3,4}



СИОЗС проявляют высокую эффективность в терапии депрессий в сочетании с благоприятным профилем безопасности и переносимости¹



* - основано на средних оценках экспертной группы²

СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, НаССА - норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты, СИОЗНид - Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина и дофамина, СИОЗСН - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, СИОЗН - селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина, ТЦА - трициклические антидепрессанты, ингибиторы МАО - ингибиторы моноаминоксидазы. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: выбор невролога. Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. 2015. № 2 (66). С. 55-60.2. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders, 2015.3. Bauer M, Pfennig A, Severus E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. World J Biol Psychiatry. 2013;14(5):334-385. 4. Клинические рекомендации МЗ РФ «Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство», 2024.Официальный сайт МЗ РФ Рубрикатор КР: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/301_3 Дата обращения: 01.09.2025

Подходы к терапии психосоматических расстройств

Психофармакотерапия

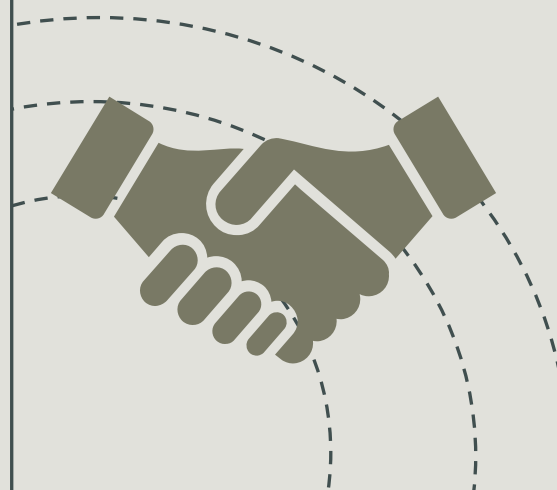
- Антидепрессанты, транквилизаторы, стабилизаторы настроения, антипсихотики

Психотерапия

- Когнитивно-поведенческая терапия, терапия осознанности, гештальт-терапия и др.

Нелекарственная биологическая терапия

- Транскраниальная магнитная и электрическая стимуляция, биологическая обратная связь, терапия с применением методов виртуальной реальности



СОМАТОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

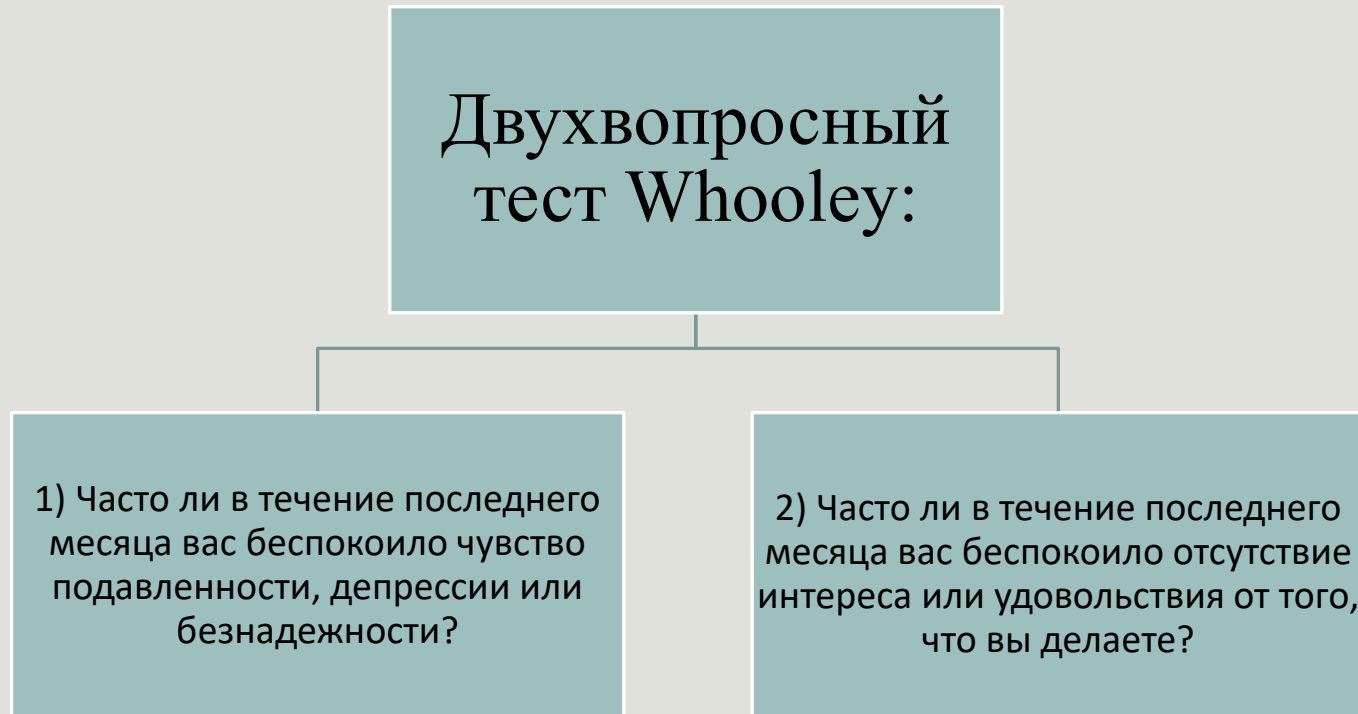
Скрининг

нужно осуществлять:

- При выявлении каждого нового ССЗ;
- При каждом новом событии (в том числе, вмешательстве);
- Периодически в рамках follow-up (например, ежегодно);
- При очевидной клинической необходимости.

Скрининг

Начинать скрининг с двухвопросного теста, далее при положительных ответах хотя бы на 1 вопрос использовать более расширенные валидированные опросники



Рекомендуемый опросник – ESC 2021

ОПРОСНИК ДЕПРЕССИИ АНКЕТЫ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ (PHQ - 9)

Пациента просят ответить на вопросы : "Беспокоили ли вас следующие проблемы в течение последних двух недель". Каждый вопрос имеет четыре возможных ответов и оценку:

- Не каждый день (0 баллов),
- Несколько дней (1 балл),
- Более чем в половине дней (2 балла),
- Почти каждый день (3 балла).

В последние две недели, вы испытывали:

1. Отсутствие интереса к происходящим событиям?
2. Безразличие, подавленность?
3. Проблемы с засыпанием, бессонница, наоборот спали слишком много?
4. Чувство усталости или упадок сил?
5. Отсутствие аппетита или переедание?
6. Чувствуете себя неудачником, вините за то, что тяготите свою семью?
7. Трудно сосредоточиться на чтение или просмотре телевизора?
8. Двигаетесь или говорите необыкновенно медленно (заторможенность), или наоборот, возбуждены, двигаетесь больше, чем обычно?
9. Мысли о самоубийстве, или причинении себе вреда?

**Интерпретация результатов
(общий балл):**

Общий балл	Выраженность депрессии
1-4	Минимальная депрессия
5-9	Легкая депрессия
10-14	Умеренная депрессия
15-19	Тяжелая депрессия
20-27	Крайне тяжелая депрессия

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа.

Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. **Я испытываю напряжение, мне не по себе**
3 - все время
2 - часто
1 - время от времени, иногда
0 - совсем не испытываю
2. **Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться**
3 - определенно это так, и страх очень велик
2 - да, это так, но страх не очень велик
1 - иногда, но это меня не беспокоит
0 - совсем не испытываю
3. **Беспокойные мысли крутятся у меня в голове**
3 - постоянно
2 - большую часть времени
1 - время от времени и не так часто
0 - только иногда
4. **Я легко могу присесть и расслабиться**
0 - определенно, это так
1 - наверно, это так
2 - лишь изредка, это так
3 - совсем не могу
5. **Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь**
0 - совсем не испытываю
1 - иногда
2 - часто
3 - очень часто
6. **Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться**
3 - определенно, это так
2 - наверно, это так
1 - лишь в некоторой степени, это так
0 - совсем не испытываю
7. **У меня бывает внезапное чувство паники**
3 - очень часто
2 - довольно часто
1 - не так уж часто
0 - совсем не бывает

Количество баллов здесь _____

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

1. **То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство**
0 - определенно, это так
1 - наверно, это так
2 - лишь в очень малой степени, это так
3 - это совсем не так
2. **Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное**
0 - определенно, это так
1 - наверно, это так
2 - лишь в очень малой степени, это так
3 - совсем не способен
3. **Я испытываю бодрость**
3 - совсем не испытываю
2 - очень редко
1 - иногда
0 - практически все время
4. **Мне кажется, что я стал все делать очень медленно**
3 - практически все время
2 - часто
1 - иногда
0 - совсем нет
5. **Я не слежу за своей внешностью**
3 - определенно, это так
2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени
0 - я слежу за собой так же, как и раньше
6. **Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения**
0 - точно так же, как и обычно
1 - да, но не в той степени, как раньше
2 - значительно меньше, чем обычно
3 - совсем так не считаю
7. **Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы**
0 - часто
1 - иногда
2 - редко
3 - очень редко

Количество баллов здесь _____

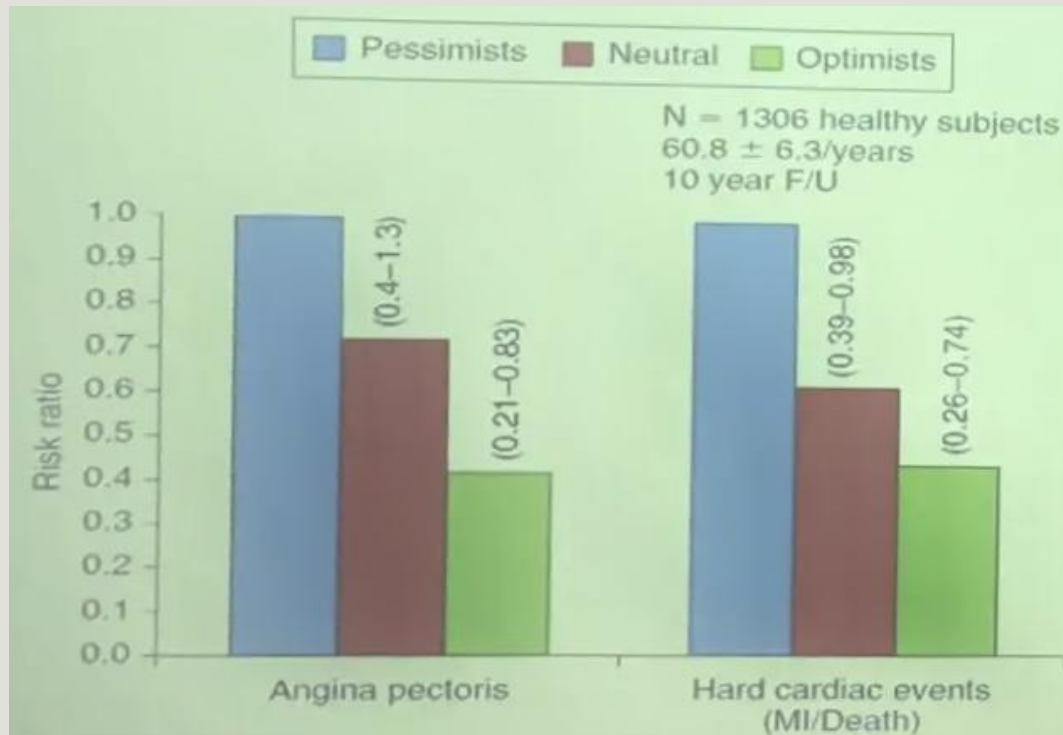
0-7 баллов → «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)
8-10 баллов → «субклинически выраженная тревога / депрессия»
11 баллов и выше → «клинически выраженная тревога / депрессия»

Скрининг вопросы для выявления психосоциальных факторов риска при сборе анамнеза

Депрессия	• Есть ли у Вас ощущение сниженного настроения, чувство подавленности, тоски или безнадежности? • Вы утратили прежние интересы или способность испытывать удовольствие от того, что было принято раньше?
Социальная изоляция	• Проживаете ли Вы один/одна? • Есть ли у Вас человек, которому Вы доверяете и на помощь которого Вы можете рассчитывать в случае болезни?
Стресс на рабочем месте	• Можете ли Вы влиять на организацию Вашего рабочего процесса/времени/заданий? • Соответствует ли то, что Вы получаете (зарплата, признание) за работу вложенным Вами усилиям? • Есть ли у Вас серьезные проблемы в семье/с партнером?
Враждебность	• Раздражаетесь ли Вы по мелочам? • Если Вас кто-то раздражает, Вы это покажете ему сразу? • Вас часто раздражают чужие привычки?
Низкий социальный экономический статус	• Продолжили ли Вы образование после средней школы? • Какой у Вас характер работы - рабочий/служащий?

Пессимисты VS Оптимисты

Is the Glass Half Empty or Half Full? A Prospective Study of Optimism and Coronary Heart Disease in the Normative Aging Study LAURA D. KEEZANSKY. PAD. DAVID SPARROW. DSC, PASTEL VORONAS. MD. AND IRO KAWACHI, MD



**У ОПТИМИСТОВ РИСК ИБС
ЗА 10 ЛЕТ БОЛЕЕ, ЧЕМ В ДВА
РАЗА НИЖЕ!**

VL Clinic

Психосоматическая клиника Виктории Лавровой

Подписывайтесь на наши социальные сети



VL Clinic, пр. Стачек, д. 82

Telegram



ВК



Сайт

