

Оптимальные подходы к терапии вегетативных расстройств в кардиологической практике

Д.В.Трошина^{✉1}, Б.А.Волель^{1,2}, Ф.Ю.Копылов¹

¹ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России. 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2;

²ФГБНУ Научный центр психического здоровья. 115522, Россия, Москва, Каширское шоссе, д. 34

В статье рассматриваются клинические варианты дисфункции вегетативной нервной системы, распространенные в практике врачей-кардиологов. Проводится анализ неоднородности вегетативных расстройств при той или иной кардиологической патологии: вегетативные кризы и вегетососудистая дистония (кардионевроз). Обсуждаются современные подходы к терапии вегетативных нарушений в кардиологии, их преимущества и недостатки с выводом о возможном наличии оптимальной тактики лечения.

Ключевые слова: вегетативные расстройства, кардиология, вегетативный криз, вегетососудистая дистония, лечение.

[✉]dtroshina@mail.ru

Для цитирования: Трошина Д.В., Волель Б.А., Копылов Ф.Ю. Оптимальные подходы к терапии вегетативных расстройств в кардиологической практике. Consilium Medicum. 2016; 18 (10): 82–86.

The optimal approach to the treatment of autonomic disorders in cardiology practice

D.V.Troshina^{✉1}, B.A.Volel¹, F.Yu.Kopylov¹

¹I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 119991, Russian Federation, Moscow, ul. Trubetskaia, d. 8, str. 2;

²Mental Health Research Center. 115522, Russian Federation, Moscow, Kashirskoe sh., 34

This article discusses the clinical variants of dysfunction of the autonomic nervous system, common in the practice of cardiologists. Analyzes heterogeneity of autonomic disorders in a cardiac pathology: vegetative crises and dystonia (cardioneurosis). We also discuss modern approaches to the treatment of autonomic disorders in cardiology, their advantages and disadvantages with the withdrawal of the possible presence of optimal treatment strategy.

Key words: autonomic disorders, cardiology, autonomic crisis, dystonia, treatment.

[✉]dtroshina@mail.ru

For citation: Troshina D.V., Volel B.A., Kopylov F.Yu. The optimal approach to the treatment of autonomic disorders in cardiology practice. Consilium Medicum. 2016; 18 (10): 82–86.

Дисфункция вегетативной нервной системы является мультифакториальным расстройством, проявляющимся множеством разнообразных клинических симптомов и синдромов. Вегетативные нарушения могут значительно снижать работоспособность пациентов, нарушать их привычную жизнедеятельность, а иногда выступать в качестве фона, на котором формируются другие, более тяжелые соматические (в том числе кардиологические) или психические нарушения. Таким образом, современные возможности терапии вегетативных расстройств имеют особое значение в практике врачей терапевтического (кардиологического) профиля.

Распространенность вегетативных расстройств в терапевтической и кардиологической практике весьма значительна – от 12 до 80% (Е.А.Аникина и соавт., 2011, F.Saladini и соавт., 2016). Высокая встречаемость вегетативных нарушений в сочетании с их влиянием на качество жизни и приверженность терапии пациентов предопределяет не только значимую клиническую, но и их медико-социальную и экономическую ценность. Так, вегетативные расстройства ассоциированы с повышением показателей частоты госпитализаций и количества потребляемых медицинских услуг. Также следует отметить, что обращаемость в службу неотложной и специализированной медицинской помощи, вызванная подозрением на острую сердечно-сосудистую патологию, в большинстве случаев (до 62%) связана с вегетативной дисфункцией, протекающей с острыми кардиалгиями и нарушениями сердечно-го ритма (D.Katerndahl, 2008; C.Celano и соавт., 2015).

При анализе патофизиологии дисфункции вегетативной нервной системы (ВНС) обращает на себя внимание многообразие предрасполагающих факторов нарушения ее регуляции. Среди патогенетических механизмов дисбаланса ВНС при кардиологических заболеваниях основное место занимают состояния дисбаланса между надсегментарными и сегментарными вегетативными уровнями, симпатическими и парасимпатическими образованиями, нарушениями церебрального активационного гомеостаза, нейротрофической регуляции в тканях и интегративной функции неспецифических систем мозга в сочетании с психогенными факторами – личностной предрасположенностью (акцентуацией) пациентов (А.М.Вейн, 1991; Г.Р.Назимова и соавт., 2006). Указанные патологические процессы в своей совокупности приводят к снижению адаптационных ресурсов ВНС, что клинически реализуется в формировании лабильности артериального давления (АД), нарушений ритма сердца и пр.

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), вегетативные расстройства относятся к рубрике «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» (F45.3), частным вариантом которой является «Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы» (F45.30). В отечественной литературе вегетативные расстройства у пациентов кардиологического профиля традиционно рассматриваются в рамках вегетососудистой (нейроциркуляторной) дистонии с кризовым течением или кардионевроза¹.

¹В России наибольшее распространение получили понятия «нейроциркуляторная дистония» и «вегетососудистая дистония» (А.М.Вейн, 1981; В.И.Маколкин, 1985), тогда как в англоязычной литературе традиционно используются термины «нейроциркуляторная астенция», «кардиальный невроз» и «синдром да Коста», в качестве таковых вошедших в МКБ последних пересмотров.

Несмотря на широкое обсуждение проблемы вегетативной дисфункции в современной клинической литературе, до настоящего времени не выработано однозначного универсального терапевтического подхода к их лечению. Зачастую тактика ведения таких пациентов кардиологами не охватывает весь спектр вегетативных нарушений, возникающих на фоне основного сердечно-сосудистого заболевания. Таким образом, представляется актуальным поиск оптимальных стратегий для коррекции вегетативных расстройств в кардиологической практике.

Клиническая картина расстройств ВНС крайне многообразна и может включать в себя целый ряд синдромов, характерных для патологии внутренних органов. Среди ведущих клинических синдромов вегетативных нарушений в кардиологической практике следует выделить: кардиалгический – боли разного характера (давящие, сжимающие, колющие, прокалывающие и пр.) в области сердца; респираторный – ощущение нехватки воздуха, «воздушный голод» с желанием делать глубокие вдохи; тахикардальный – повышение автоматизма синоатриального узла с увеличением числа сердечных сокращений до 90 в минуту и более; аритмический – экстрасистолия, реже – наджелудочковые формы пароксизмальной тахикардии, крайне редко – пароксизмы фибрилляции или трепетания предсердий; синдром вегетососудистой дистонии и вегетососудистых кризов (О.В.Воробьева, 2011).

В практике кардиолога высокую значимость в аспекте дифференциальной диагностики сердечно-сосудистой патологии и функциональных расстройств представляет клиническая гетерогенность нарушений ВНС. При этом оптимальным представляется условное подразделение вегетативных расстройств на две большие группы:

1) изолированная вегетативная дисфункция без сопутствующей соматической (кардиологической) патологии;

2) вегетативная дисфункция при актуальной соматической (в том числе кардиологической) патологии.

Для изолированной вегетативной дисфункции характерен полиморфизм жалоб при отсутствии клинически значимой патологии внутренних органов и систем, подтвержденной всесторонним медицинским обследованием.

Пациенты высказывают жалобы на проявления соматизированной тревоги² в виде разнообразных неприятных ощущений в области сердца: боли разного характера, ощущения перебоев в работе сердца, учащения или замедления сердечного ритма. При этом состояние пациента, как правило, не сопровождается эмоциональными проявлениями, а при расспросе больного не обнаруживается тревожно-фобических³ или других психических расстройств (тревога за здоровье, страх смерти от сердечно-сосудистой катастрофы, развития инсульта, инфаркта и пр.), сопровождающих данные функциональные нарушения.

Для изолированной вегетативной дисфункции характерны разнообразные проявления, реализующиеся в проекции любых других (не только сердечно-сосудистой) систем и органов. Для таких пациентов характерны ощущение нехватки воздуха, «кома» в горле, головные боли различного характера и локализации (давящие, по типу обруча или каски, распирающие, пульсирующие), головокружения, персистирующий субфебрилитет (термоневроз), боли, дискомфорт в области живота, неустойчивость стула, ощущения ползания мурашек, покалывание, онемение, зуд интактных участков кожи, потливость и др. При объективном осмотре у этих пациентов могут отмечаться отдельные неспецифические симптомы вегетативной дисфункции: локальный гипергидроз, мраморность, гипотермия конечностей, белый дермографизм. Инструментальные методы кардиологического обследования позволяют выявить функциональные расстройства при отсутствии органической патологии: временная реверсия зубца Т при проведении пробы с физической нагрузкой, вариабельность сердечного ритма и т.д. (В.С.Волков и соавт., 2011; S.Hines и соавт., 1981).

Наиболее актуальным для врачей-кардиологов представляется вариант, когда нарушения ВНС обнаруживаются на фоне реальной кардиологической патологии. Известно негативное влияние вегетативных расстройств на течение сердечно-сосудистого заболевания и их ассоциация с более высокой частотой возникновения обострений и осложнений основного заболевания (А.П.Иванов и соавт., 2014). Следует также отметить, что, развиваясь на фо-

²Для соматизированной тревоги характерно многообразие соматических жалоб, субъективно не связанных для пациента с беспокойством и тревогой.

³Тревожно-фобические расстройства – группа расстройств, при которых единственным или преобладающим симптомом является боязнь определенных ситуаций, не представляющих текущей опасности. Беспокойство больного может быть сфокусировано на отдельных симптомах, таких как дрожь от страха или обморочное ощущение, и часто ассоциируется с боязнью умереть, потерять над собой контроль или сойти с ума. Ожидание возможности попадания в фобическую ситуацию обычно вызывает преждевременную тревогу (МКБ-10).

не актуальных кардиологических заболеваний, вегетативные расстройства чаще всего протекают в соответствии с закономерностями течения конкретной патологии (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, нарушений ритма сердца), имитируя, дублируя и/или усиливая их проявления как за счет вегетососудистых (лабильность АД, вариабельность ритма сердца и пр.), так и психовегетативных явлений (тревога, страх смерти и пр.).

Как было отмечено, одной из самых частых причин обращения за помощью к врачам терапевтам и кардиологам является вегетативный криз (паническая атака⁴) – приступообразное состояние, сопровождающееся полисимптомными вегетативными симптомами и эмоционально-аффективными расстройствами. Во время приступа соматовегетативные проявления панической атаки могут имитировать ургентную сердечно-сосудистую патологию (приступ стенокардии, пароксизм фибрилляции предсердий, инфаркт миокарда, гипертонический криз). Нарушения ритма и силы сердечных сокращений (тахикардия, экстрасистолия, усиленное сердцебиение), кардиалгии (болевые ощущения колющего, давящего, сжимающего характера), подъемы АД сочетаются с витальным страхом смерти (танатофобией) и ипохондрическими страхами (кардио-, инсультофобия), но не сопровождаются отрицательной динамикой электрокардиограммы – ЭКГ (К.В.Григорьева, 2010).

Однако зачастую вегетативные кризы сопровождают приступ основного заболевания, видоизменяя типичную клиническую картину и значительно усугубляя субъективное состояние пациентов. Так, при ишемической болезни сердца типичный для ангинозного приступа болевой синдром (сжимающие, давящие боли в загрудинной области) усиливается вегетативными нарушениями (кардиалгии прокалывающего характера, выраженные изменения ритма, ощущение усиленного сердцебиения, изменение общего самочувствия). Аналогичным образом гипертонический криз также может сопровождаться массивной вегетативной симптоматикой (тошнота, шум в ушах, нарушение координации и пр.), принимая нестерпимый для пациентов характер (G.Mancía и соавт., 2014).

У больных с фибрилляцией предсердий типичный пароксизм мерцательной аритмии наряду со специфичными для мерцательной аритмии симптомами (ощущения перебоев в работе сердца, «неритмичного пульса», слабость) сопровождаются целым рядом вегетативных расстройств (усиленное потоотделение, внутренняя дрожь, тремор рук и пр.) и сочетаются с боязнью потери сознания или опасения оказаться без медицинской помощи, также принимая таким образом форму панической атаки (А.Л.Сыркин, 2007; Б.А.Волель и соавт., 2016; Y.Cheng и соавт., 2013).

В ряде случаев вегетативные расстройства имеют хронический характер течения и протекают в виде персистирующей соматизированной тревоги с вегетососудистой симптоматикой – вегетососудистой дистонии (нейроциркуляторная дистония, кардионевроз, синдром да Косты), сопровождающейся учащенным сердцебиением, перебоями в работе сердца («выпадение» отдельных ударов, неритмичность сердечных сокращений, «замирания» сердца), чувством более сильных и интенсивных (по сравнению с обычными) ударов сердца/серии сердечных сокращений, затрудненным или учащенным поверхностным дыханием.

При этом если вегетативные кризы в основном возникают ассоциированно с кардиологическими заболеваниями

ми, также протекающими пароксизмально, то вегетососудистая дистония чаще регистрируется на фоне таких нозологических форм, как стабильная стенокардия, постоянные формы нарушений ритма сердца, хроническая сердечная недостаточность. Так, например, при постоянной форме фибрилляции предсердий в клинической картине аритмии высокий удельный вес принадлежит персистирующей психовегетативной симптоматике – постоянное беспричинное беспокойство и напряжение, сопровождающееся физикальным ощущением душевного дискомфорта в области солнечного сплетения или эпигастрия (M. van den Berg и соавт., 2001).

В ряде случаев вегетативные нарушения выявляются в структуре нозогенных реакций⁵, возникающих в связи с тяжестью основного кардиологического заболевания. В таких случаях на первый план выступает психоэмоциональный компонент, который может включать не только страх и интенсивную тревогу за здоровье, но и выраженные депрессивные симптомы: стойкая подавленность (гипотимия), нарушения сна и аппетита, динамика состояния в соответствии с суточным ритмом. Так, во второй половине дня у пациентов нарастает подавленность, сопряженная с тревогой и чувством безнадежности, усиливаются и соматовегетативные расстройства, свойственные депрессиям (Ф.П.Копылов, 2009; J.Soba ski и соавт., 2015).

Нарушения вегетативной регуляции функций сердца у кардиологических больных в целом могут оказывать неблагоприятное воздействие на динамику кардиологического заболевания, в частности способствовать более частому возникновению наджелудочковых и желудочковых аритмий, снижению толерантности к физической нагрузке и увеличению частоты госпитализаций, что, несмотря на отсутствие явного влияния на функциональное состояние и геометрию левого желудочка, может существенно повышать риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий и летальных исходов (Т.Ф.Миронова и соавт., 2005; H.Schmidt и соавт., 2005; T.Kishi, 2012).

Сочетание кардиологического заболевания и вегетативных нарушений усложняет процесс лечения и требует персонифицированных подходов к терапии. Традиционно для врачей терапевтов и кардиологов препаратами выбора в коррекции вегетососудистых расстройств становятся кардиотропные, реже – психотропные (в частности, анксиолитические⁶) и ноотропные средства. При этом применение каждой из групп препаратов имеет в клинической практике определенные преимущества и недостатки.

Современная кардиотропная терапия способствует реализации гипотензивного, антиаритмического, кардиопротективного эффектов, влияя в первую очередь на физикальный компонент основного сердечно-сосудистого заболевания, а также симптомы вегетативной дисфункции. Однако эта группа препаратов не обладает эффективным действием в отношении эмоционального компонента дисфункции вегетативной системы – тревоги, приступов паники и пр. (А.Р.Киселев и соавт., 2011; О.В.Котова, 2011).

Психотропные средства (анксиолитики), обладая вегетостабилизирующим эффектом, являются препаратами выбора для купирования острых проявлений вегетативного криза. Длительное применение традиционных противотревожных препаратов (бензодиазепинового ряда) ограничено развитием поведенческих побочных эффектов (вялость, заторможенность, нарушения внимания, трудности сосредоточения), зависимости (И.Н.Никольская и соавт., 2007; Е.С.Акарачкова, 2010).

⁴Паническая атака – дискретный эпизод интенсивного страха, сопровождающийся вегетативными симптомами, кардиалгиями, диспноэ, абдоминальными симптомами, головокружением.

⁵Нозогенные реакции (нозогении) представляют собой психогенные расстройства, возникающие в ответ на соматическое заболевание, выступающее в роли психотравмирующего фактора (А.Б.Смулевич и соавт., 1992).

Используемые в кардиологической практике ноотропные препараты не только обладают положительным влиянием в отношении когнитивных нарушений, но и опосредованно участвуют в стабилизации ВНС. Тем не менее объем применения этого ряда препаратов ограничен тем фактом, что за рамками терапии остается психоvegetативный компонент. Более того, известна тенденция ноотропных лекарственных средств к повышению уровня тревоги и сопряженными с ней соматовегетативными проявлениями основного заболевания. Помимо этого при приеме многих ноотропных препаратов существует риск развития гиперстимуляции, которая нежелательна у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, так как может ухудшить течение основного заболевания.

В подобной ситуации у больных с кардиологической патологией в качестве препарата первого выбора можно рассматривать ноотропный препарат, разработанный отечественными учеными, – Пантогам актив – препарат с мультимодальным (ноотропным и анксиолитическим действиями). Действующим веществом Пантогама актив является D-, L-гопантеновая кислота, обладающая несколькими свойствами и клиническими эффектами в сравнении с препаратами D-гопантеновой кислоты, что связано с наличием L-изомера, придающего препарату дополнительные свойства – сочетание мягкого активирующего и легкого анксиолитического, а также более выраженного ноотропного и противосудорожного действий [37].

Пантогам актив повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсических веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах, уменьшает моторную возбудимость, активирует умственную деятельность и работоспособность. Безопасность применения препарата в кардиологической клинике подтверждается рядом исследований. Так, у пациентов кардиологического стационара, длительно получавших D-, L-гопантеновую кислоту, не было зафиксировано появления аритмий и/или внутрисердечных блокад, не отмечено клинически значимого изменения АД (включая ортостатическую гипотензию), а также существенных изменений частоты сердечных сокращений. На фоне приема препарата было отмечено снижение частоты психогенно-провоцируемых подъемов АД и приступов стенокардии. Не обнаружено и влияния на показатели крови. Важным отличием от бензодиазепиновых противотревожных средств является отсутствие по окончании лечения признаков синдрома отмены – физического дискомфорта, головных и мышечных болей, раздражительности, нарушений сна, усиления тревоги [11, 17, 21, 36].

Применение Пантогама актив у 50 больных с длительно текущей артериальной гипертензией показало его эффективность в терапии когнитивного снижения легких и умеренных тревожных расстройств, наблюдающихся у пациентов [21]. Улучшение когнитивных функций (память, внимание, оптико-пространственная деятельность, абстрактное мышление) по МоСА-тесту наблюдалось уже со 2-й недели приема и достоверно повышалось через 4 нед ($p < 0,05$), а число респондеров в этот период составило 78%. По данным авторов, улучшение эмоционального состояния и снижение тревожности отмечались у больных уже со 2–3-го дня терапии, а к концу исследования число респондеров составило 88%. Интересной находкой явилось то, что после выписки из стационара на фоне приема Пантогама актив ни у одного из пациентов не было отмечено психогенно-провоцируемых подъемов АД, в то время как на фоне гипотензивной терапии они наблюдались у 30% больных. Динамика качества жизни у пациентов, принимавших Пантогам актив, свидетельствовала о

достоверном улучшении показателей ($p < 0,05$), что субъективно связывалось участниками исследования с редукцией тревожных расстройств, улучшением повседневной деятельности, ухода за собой [21].

В другом исследовании, проведенном с участием 82 больных, было показано, что после 2-месячного приема Пантогама актив в комплексе с лекарственными средствами для коррекции дисфункции миокарда у больных с ХСН II–III функционального класса по NYHA наблюдалось некоторое улучшение показателей центральной гемодинамики, а также уменьшение выраженности тревожно-депрессивных нарушений, что привело к повышению качества жизни больных [35]. Через 8 нед терапии Пантогамом актив суммарный балл шкалы тревоги и депрессии HARS снизился у 67 (81,7%) пациентов в среднем на 52,5% – с $17,8 \pm 2,3$ до $8,46 \pm 2,1$ балла ($p < 0,01$). С учетом результатов анализа шкалы Спилберга выраженная положительная динамика отмечена в отношении соматогенной астении (у 19 больных), нозогений (у 20), неврастении (у 3), соматоформных расстройств (у 5) и умеренно выраженных тревожно-депрессивных расстройств (у 20). В конце лечения улучшение когнитивных функций (память, внимание, умственная работоспособность) было отмечено у 63 (76,8%) из 82 пациентов, у которых при первичном исследовании были выявлены признаки легких и умеренно выраженных когнитивных расстройств. Аналогичные данные были получены при оценке результатов лечения по шкалам HADS. Так, средний балл по шкале депрессии уменьшился на 38,2% (с $10,2 \pm 1,4$ до $6,3 \pm 1,1$ балла), а по шкале тревоги – на 27,4% (с $8,4 \pm 0,7$ до $6,1 \pm 0,9$ балла); $p < 0,05$. При этом у 71 (86,6%) пациента при повторном обследовании тревога и депрессия не выявлялись, и лишь у 11 (13,4%) больных сохранялись легкие депрессивные расстройства. По результатам опросника SF-36 у большинства больных на фоне лечения Пантогамом актив отмечена достоверная положительная динамика таких показателей, как физическое, ролевое физическое и ролевое эмоциональное функционирование, жизнеспособность, общее и психическое здоровье, болевой синдром и др. Таким образом, улучшение качества жизни больных с ХСН ассоциировалось со снижением выраженности тревожно-депрессивных расстройств. Интересно, что между отдельными показателями опросника SF-36 и средним баллом шкалы HARS выявлялась обратная связь (коэффициент корреляции Спирмена от 0,388 до 0,706; $p < 0,01$). Выраженное снижение признаков тревожных и депрессивных расстройств у больных с ХСН на фоне лечения сопровождалось существенной положительной динамикой всех основных показателей вегетативной регуляции функций сердца. Происходило достоверное увеличение средних значений SDNN, SDANN (на 12,1%; $p < 0,05$) и особенно маркеров парасимпатической активности – rMSSD и pNN50 ($p < 0,001$), что отражало отчетливую тенденцию к восстановлению баланса обоих звеньев ВНС и существенному снижению гиперактивации симпатoadренальной системы.

На фоне терапии Пантогамом актив серьезных нежелательных побочных эффектов, требовавших отмены препарата, выявлено не было. У 4 (4,9%) больных отмечалась легкая тошнота, у 2 (2,4%) – легкая головная боль, а у 5 (6,1%) – некоторые трудности засыпания, вызванные очень поздним приемом последней дозы ноотропа. Эти побочные эффекты наблюдались в течение первых 5–7 дней приема препарата, а затем проходили самостоятельно.

Таким образом, представляется перспективным использование препарата D-, L-гопантеновой кислоты для коррекции вегетативных нарушений в кардиологической клинике.

⁶Анксиолитики (транквилизаторы) – психотропные средства, уменьшающие выраженность или подавляющие тревогу, страх, беспокойство, эмоциональное напряжение.

Использование одного препарата, стабилизирующего как соматовегетативный, так и психоэмоциональный компоненты рассматриваемых расстройств, улучшает функционирование центральной нервной системы и способствует эффективной коррекции вегетативного дисбаланса, а также позволяет снизить лекарственную нагрузку на пациента, обеспечивает высокие показатели качества жизни как на стационарном, так и на последующих этапах лечения.

Литература/References

- Акарачкова Е.С., Котова О.В., Вершинина С.В. Алгоритм диагностики, лечения и профилактики стресса (для врачей общей практики). Тер. архив. 2015; 87 (6): 102–7. / Akarachkova E.S., Kotova O.V., Vershinina S.V. Algoritm diagnostiki, lecheniia i profilaktiki stressa (dlia vrachei obshchei praktiki). Ter. arkhiv. 2015; 87 (6): 102–7. [in Russian]
- Аникина Е.А., Балабина Н.М. Распространенность, факторы риска и клиническое течение синдрома вегетативной дисфункции. Сиб. мед. журн. (Иркутск). 2011; 102: 3. / Anikina E.A., Balabina N.M. Rasprostranennost', faktory riska i klinicheskoe techenie sindroma vegetativnoi disfunktsii. Sib. med. zhurn. (Irkutsk). 2011; 102: 3. [in Russian]
- Баранов А.П. и др. Эффективность лечения ноотропным препаратом Пантогам актив пациентов с хронической сердечной недостаточностью и депрессивными расстройствами. Архив внутренней медицины. 2016; 1 (27). / Baranov A.P. i dr. Effektivnost' lecheniia nootropnym preparatom Pantogam aktiv patsientov s khronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'iu i depressivnymi rasstroistvami. Arkhiv vnutrennei meditsiny. 2016; 1 (27). [in Russian]
- Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1991. / Vein A.M. Zabolevaniia vegetativnoi nervnoi sistemy: Rukovodstvo dlia vrachei. M.: Meditsina, 1991. [in Russian]
- Вейн А.М., Соловьева А.Д. Патологические вегетативные синдромы: Клинико-физиологическая характеристика. Физиология вегетативной нервной системы. 1981; с. 668–710. / Vein A.M., Solov'eva A.D. Patologicheskie vegetativnye sindromy: Klinikofiziologicheskaiia kharakteristika. Fiziologii vegetativnoi nervnoi sistemy. 1981; s. 668–710. [in Russian]
- Волець Б.А. и др. Клинико-психологические аспекты реабилитации больных инфарктом миокарда. М., 2014. / Vole' B.A. i dr. Kliniko-psikhologicheskie aspekty reabilitatsii bol'nykh infarktom miokarda. M., 2014. [in Russian]
- Волець Б.А., Трошина Д.В., Грубова М.В., Малинина А.А. Психические (личностные) расстройства у больных с фибрилляцией предсердий. Психические расстройства в общей медицине. 2016; 1–2: 27–35. / Vole' B.A., Troshina D.V., Grubova M.V., Maliutina A.A. Psikhicheskie (lichnostnye) rasstroistva u bol'nykh s fibrillatsiei predserdii. Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine. 2016; 1–2: 27–35. [in Russian]
- Волков В.С., Поздняков Ю.М. Функциональные заболевания сердца – нозология, диагностика и лечение. Верхневолжский мед. журн. 2011; 9 (3): 42–8. / Volkov V.S., Pozdniakov Yu.M. Funktsional'nye zabolevaniia serdtsa – nozologiya, diagnostika i lechenie. Verkhnevolzhskii med. zhurn. 2011; 9 (3): 42–8. [in Russian]
- Воробьева О.В. Вегетативная дистония – что скрывается за диагнозом? Трудный пациент. 2011; 9 (10): 16–20. / Vorob'eva O.V. Vegetativnaia distoniia – chto skryvaetsia za diagnozom? Trudnyi patsient. 2011; 9 (10): 16–20. [in Russian]
- Григорьева К.В. Кардиальный невроз: клинические особенности, влияние психофармакотерапии и ритм-урежающих препаратов на переносимость физической нагрузки. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2011. / Grigor'eva K.V. Kardial'nyi nevroz: klinicheskie osobennosti, vliianie psikhofarmakoterapii i ritm-urezhaiushchikh preparatov na perenosimost' fizicheskoi nagruzki. Dis. ... kand. med. nauk. M., 2011. [in Russian]
- Дума С.Н. Оценка клинической эффективности нейропротекторов, влияющих на систему гамма-аминомасляной кислоты, при лечении когнитивных расстройств у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией I–II стадий. Фарматека. 2010; 15: 96–100. / Duma S.N. Otsenka klinicheskoi effektivnosti neiroprotektorov, vliiaiuschikh na sistemu gamma-aminomaslianoi kisloty, pri lechenii kognitivnykh rasstroistv u patsientov s distirkulatornoi entsfalopatiei I–II stadii. Farmateka. 2010; 15: 96–100. [in Russian]
- Иванов А.П. и др. Состояние вегетативной нервной системы и риск повторной госпитализации после купирования гипертонического криза. Клин. медицина. 2014; 92 (3). / Ivanov A.P. i dr. Sostoianie vegetativnoi nervnoi sistemy i risk povtornoi hospitalizatsii posle kupirovaniia gipertonicheskogo kriza. Klin. meditsina. 2014; 92 (3). [in Russian]
- Киселев А.Р. и др. Персонализация подхода к назначению гипотензивной терапии у больных артериальной гипертензией на основе индивидуальных особенностей вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы. Артериальная гипертензия. 2011; 17 (4). / Kiselev A.R. i dr. Personalizatsiia podkhoda k naznacheniiu gipertenzivnoi terapii u bol'nykh arterial'noi gipertenziei na osnove individual'nykh osobennostei vegetativnoi disfunktsii serdechno-sosudistoi sistemy. Arterial'naia gipertenziia. 2011; 17 (4). [in Russian]
- Копылов Ф.Ю. Психосоматические аспекты сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий). Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008. / Kopylov F.Yu. Psikhosomaticheskie aspekty serdechno-sosudistykh zabolevaniy (gipertonicheskoi bolezni, ishemicheskoi bolezni serdtsa, fibrillatsii predserdii). Dis. ... d-ra med. nauk. M., 2008. [in Russian]
- Котова О.В. Возможности лечения психовегетативного синдрома. Трудный пациент. 2011; 9 (12): 31–4. / Kotova O.V. Vozmozhnosti lecheniia psikhovegetativnogo sindroma. Trudnyi patsient. 2011; 9 (12): 31–4. [in Russian]
- Маколкин В.И., Аббакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония в терапевтической практике. М.: Медицина, 1985; с. 189. / Makolkin V.I., Abbakumov S.A. Neurotsirkulatornaia distoniia v terapevticheskoi praktike. M.: Meditsina, 1985; s. 189. [in Russian]
- Медведев В.Э., Албантова К.А. Пантогам актив при лечении невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств у больных кардиологического стационара. Психические расстройства в общей медицине. 2009; 2: 40–3. / Medvedev V.E., Albantova K.A. Pantogam aktiv pri lechenii nevroticheskikh, svyazannykh so stressom i somatoformnykh rasstroistv u bol'nykh kardiologicheskogo statsionara. Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine. 2009; 2: 40–3. [in Russian]
- Миронова Т.Ф., Миронов В.А., Тюрин А.Ю. Роль вегетативной нервной системы в формировании острого инфаркта миокарда. Вестн. аритмологии. 2005; 39: 53–65. / Mironova T.F., Mironov V.A., Tiurin A.Yu. Rol' vegetativnoi nervnoi sistemy v formirovanii ostrogo infarkta miokarda. Vestn. aritmologii. 2005; 39: 53–65. [in Russian]
- Низамова Г.Р., Хасанов Н.Р., Хасанова Д.Р. Особенности взаимоотношений сегментарных и супrasegmentарных отделов вегетативной нервной системы у больных с вегетативными кризами и гипертонической болезнью. Прак. медицина. 2006; 16. / Nizamova G.R., Khasanov N.R., Khasanova D.R. Osobennosti vzaimootnoshenii segmentarnykh i suprasegmentarnykh otdelov vegetativnoi nervnoi sistemy u bol'nykh s vegetativnymi krizami i gipertonicheskoi bolezniu. Prakt. meditsina. 2006; 16. [in Russian]
- Никольская И.Н., Гусева И.А., Близначев Е.В., Третьякова Т.В. Роль тревожных расстройств при гипертонической болезни и возможности их коррекции. Лечащий врач. 2007; 3: 89–91. / Nikol'skaia I.N., Guseva I.A., Bliznachev E.V., Tret'ia-kova T.V. Rol' trevozhnykh rasstroistv pri gipertonicheskoi bolezni i vozmozhnosti ikh korrektsii. Lechashchii vrach. 2007; 3: 89–91. [in Russian]
- Смудевич А.Б., Волець Б.А. и др. Применение препарата Пантогам актив (D-, L-гопантеновая кислота) в терапии когнитивных и тревожных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией. Журн. неврологии и психиатрии. 2015; 12. / Smulevich A.B. i dr. Primenenie preparata Pantogam aktiv (D-, L-gopantenovaiia kislota) v terapii kognitivnykh i trevozhnykh rasstroistv u patsientov s arterial'noi gipertenziei. Zhurn. neurologii i psikiatrii. 2015; 12. [in Russian]
- Сыркин А.И. и др. Психические расстройства на разных этапах течения фибрилляции предсердий. Психические расстройства в общей медицине. 2007; 4: 10–4. / Syrkin A.I. i dr. Psikhicheskie rasstroistva na raznykh etapakh techeniia fibrillatsii predserdii. Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine. 2007; 4: 10–4. [in Russian]
- Celano CM et al. Association between anxiety and mortality in patients with coronary artery disease: A meta-analysis. Am Heart J 2015; 170 (6): 1105–15.
- Cheng YF et al. Association between panic disorder and risk of atrial fibrillation: a nationwide study. Psychosom Med 2013; 75 (1): 30–5.
- Gerritsen J et al. Impaired autonomic function is associated with increased mortality, especially in subjects with diabetes, hypertension, or a history of cardiovascular disease the Hoorn study. Diabetes Care 2001; 24 (10): 1793–8.
- Hines S, Houston M, Robertson D. The clinical spectrum of autonomic dysfunction. Am J Med 1981; 70 (5): 1091–6.
- Katendahl DA. The association between panic disorder and coronary artery disease among primary care patients presenting with chest pain: an updated literature review. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2008; 10 (4): 276–85.
- Kishi T. Heart failure as an autonomic nervous system dysfunction. J Cardiol 2012; 59 (2): 117–22.
- Mancia G, Grassi G. The autonomic nervous system and hypertension. Circ Res 2014; 114 (11): 1804–14.
- Pop-Busui R et al. Effects of cardiac autonomic dysfunction on mortality risk in the Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD) trial. Diabetes Care 2010; 33 (7): 1578–84.
- Saladini F, Di Marco A, Palatini P. Autonomic Dysfunction: How to Identify and When to Treat? High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention 2016; p. 1–7.
- Schmidt H et al. Autonomic dysfunction predicts mortality in patients with multiple organ dysfunction syndrome of different age groups. Crit Care Med 2005; 33 (9): 1994–2002.
- Sobański J et al. Complaints of patients suffering from neurotic disorders, interesting for cardiologist. Kardiologia Polska 2015.
- Van den Berg MP et al. Quality of life in patients with paroxysmal atrial fibrillation and its predictors: importance of the autonomic nervous system. Euro Heart J 2001; 22 (3): 247–53.
- Баранов А.П., Струтынский А.В., Ойноткина О.Ш. и др. Возможности терапии тревожно-депрессивных расстройств у больных с хронической сердечной недостаточностью. РМЖ. Кардиология. 2016; 1: 572–8. / Baranov A.P., Strutyński A.V., Oinotkina O.Sh. i dr. Vozmozhnosti terapii trevozhno-depressivnykh rasstroistv u bol'nykh s khronicheskoi serdechnoi nedostatochnost'iu. RMZh. Kardiologia. 2016; 1: 572–8. [in Russian]
- Медведев В.Э., Зверев К.В. Возможности ноотропной терапии пограничных психических расстройств у пациентов, перенесших острый коронарный синдром в условиях кардиологического стационара. Архив внутренней медицины. 2013; 1 (9): 40–8. / Medvedev V.E., Zverev K.V. Vozmozhnosti nootropnoi terapii pograniichnykh psikhicheskikh rasstroistv u patsientov, perenessikh ostroiy koronarnyi sindrom v usloviakh kardiologicheskogo statsionara. Arkhiv vnutrennei meditsiny. 2013; 1 (9): 40–8. [in Russian]
- Инструкция по медицинскому применению препарата Пантогам актив. / Instruksiia po meditsinskomu primeneniiu preparata Pantogam aktiv. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Трошина Дарья Викторовна – аспирант каф. психиатрии и психосоматики ИПО ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: dtroshina@mail.ru

Волець Беатриса Альбертовна – д-р мед. наук, проф. каф. психиатрии и психосоматики ИПО ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова; ФГБНУ НЦПЗ. E-mail: beatrice.volec@gmail.com

Копылов Филипп Юрьевич – д-р мед. наук, проф. каф. профилактической и неотложной кардиологии ИПО ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова. E-mail: fjk@inbox.ru