

## Влияние психосоциальных факторов риска на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний

Драпкина О. М.<sup>1</sup>, Федин А. И.<sup>2</sup>, Дорощеева О. А.<sup>3</sup>, Медведев В. Э.<sup>4</sup>, Карева Е. Н.<sup>5</sup>,  
Джиоева О. Н.<sup>1,6</sup>, Куклин С. Г.<sup>7</sup>, Соловьева Э. Ю.<sup>2</sup>, Абдулганиева Д. И.<sup>8</sup>, Ким З. Ф.<sup>8</sup>,  
Григорович М. С.<sup>9</sup>, Шапошник И. И.<sup>10</sup>, Корягина Н. А.<sup>11</sup>, Середенин С. Б.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ “Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины” Минздрава России. Москва; <sup>2</sup>ФГАОУ ВО “РНИМУ им. Н. И. Пирогова” Минздрава России. Москва; <sup>3</sup>ФБГНУ “НИИ фармакологии им. В. В. Закусова”. Москва; <sup>4</sup>Медицинский институт ФГАОУ ВО “РУДН”. Москва; <sup>5</sup>ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Москва; <sup>6</sup>ФГБОУ ВО “Московский государственный медико-стоматологический университет им. А. И. Евдокимова” Минздрава России, Москва; <sup>7</sup>ИГМАПО филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Иркутск; <sup>8</sup>ФГБОУ ВО “Казанский государственный медицинский университет” Минздрава России. Казань; <sup>9</sup>ФГБОУ ВО “Кировский государственный медицинский университет” Минздрава России. Киров; <sup>10</sup>ФГБОУ ВО “Южно-Уральский государственный медицинский университет” Минздрава России. Челябинск; <sup>11</sup>ФГБОУ ВО ПГМУ им. акад. Е. А. Вагнера Минздрава России. Пермь, Россия

В настоящее время установлено, что психосоциальные факторы риска в значительной мере отягощают течение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и снижают приверженность больных к лечению. Для пациентов с ССЗ характерна высокая коморбидность с тревожными расстройствами, которая может достигать 50-60%. Наличие сопутствующих тревожных расстройств серьезно ухудшает прогноз ССЗ. Результаты проведенных исследований показали, что наличие повышенной тревожности повышает вероятность фатального инфаркта миокарда в 1,9 раз, внезапной смерти в 4,5 раза. Поэтому коррекция психосоциальных факторов, в частности тревожной симптоматики, должна стать важной составляющей терапии пациентов с ССЗ. Проведенные исследования показывают, что применение фабомотизола у пациентов с ССЗ и сопутствующими тревожными расстройствами уменьшает проявления тревоги, отмечается выраженная положительная динамика соматической патологии, что имеет важное значение для улучшения течения и прогноза ССЗ. Накопленный опыт клинического применения препарата фабомотизол позволяет рекомендовать его как препарат выбора для лечения пациентов с тревогой и ССЗ.

**Ключевые слова:** сердечно-сосудистые заболевания, тревога, пациент, коморбидность, фабомотизол, афобазол.

**Отношения и деятельность:** нет.

Поступила 28/04-2022

Принята к публикации 03/05-2022



**Для цитирования:** Драпкина О. М., Федин А. И., Дорощеева О. А., Медведев В. Э., Карева Е. Н., Джиоева О. Н., Куклин С. Г., Соловьева Э. Ю., Абдулганиева Д. И., Ким З. Ф., Григорович М. С., Шапошник И. И., Корягина Н. А., Середенин С. Б. Влияние психосоциальных факторов риска на течение и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(5):3280. doi:10.15829/1728-8800-2022-3280. EDN JWUMSA

### Influence of psychosocial risk factors on the course and prognosis of cardiovascular diseases

Drapkina O. M.<sup>1</sup>, Fedin A. I.<sup>2</sup>, Doroshcheeva O. A.<sup>3</sup>, Medvedev V. E.<sup>4</sup>, Kareva E. N.<sup>5</sup>, Dzhioeva O. N.<sup>1,6</sup>, Kuklin S. G.<sup>7</sup>, Solovieva E. Yu.<sup>2</sup>, Abdulganieva D. I.<sup>8</sup>, Kim Z. F.<sup>8</sup>, Grigorovich M. S.<sup>9</sup>, Shaposhnik I. I.<sup>10</sup>, Koryagina N. A.<sup>11</sup>, Seredenin S. B.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow; <sup>2</sup>Pirogov Russian National Research Medical University. Moscow; <sup>3</sup>V. V. Zakusov Research Institute of Pharmacology. Moscow; <sup>4</sup>Medical Institute of the Peoples' Friendship University of Russia. Moscow; <sup>5</sup>I. M. Sechenov First Moscow State Medical University. Moscow; <sup>6</sup>Moscow State University of Medicine and Dentistry. Moscow; <sup>7</sup>Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, branch of Russian Medical Academy of Continuous Professional Education. Irkutsk; <sup>8</sup>Kazan State Medical University. Kazan; <sup>9</sup>Kirov State Medical University. Kirov; <sup>10</sup>South Ural State Medical University. Chelyabinsk; <sup>11</sup>E. A. Wagner Perm State Medical University. Perm, Russia

It has now been established that psychosocial risk factors significantly worsen the course of cardiovascular diseases (CVDs)

and reduce patients' adherence to treatment. Patients with CVDs are characterized by a high prevalence of anxiety comorbidities, which

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):  
e-mail: seredeninpharm@mail.ru

[Драпкина О. М. – д.м.н., член-корр. РАН, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430, Федин А. И. – д.м.н., профессор, руководитель университетской клиники неврологии, ORCID: 0000-0002-6996-2628, Дорощеева О. А. – к.м.н., с.н.с. лаборатории клинической психофармакологии, ORCID: 0000-0001-5205-9547, Медведев В. Э. – к.м.н., доцент, зав. кафедрой психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии ФНМО, ORCID: 0000-0001-8653-596X, Карева Е. Н. – д.м.н., профессор кафедры фармакологии Института биодизайна и моделирования сложных систем Научно-технологического парка биомедицины, ORCID: 0000-0002-9441-3468, Джиоева О. Н. – д.м.н., в.н.с., профессор кафедры терапии и профилактической медицины, ORCID: 0000-0002-5384-3795, Куклин С. Г. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапии, ORCID: нет, Соловьева Э. Ю. – д.м.н., доцент, зав. кафедрой неврологии, ORCID: 0000-0003-1256-2695, Абдулганиева Д. И. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной терапии, ORCID: 0000-0001-7069-2725, Ким З. Ф. – к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней, ORCID: 0000-0003-4240-3329, Григорович М. С. – д.м.н., доцент, зав. кафедрой семейной медицины и поликлинической терапии, ORCID: 0000-0002-2485-396X, Шапошник И. И. – д.м.н., профессор, зав. кафедры пропедевтики внутренних болезней, главный внештатный кардиолог г. Челябинска, ORCID: 0000-0002-7731-7730, Корягина Н. А. – д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии, главный внештатный терапевт Пермского края, председатель Пермского регионального отделения РНМОТ, ORCID: 0000-0001-5980-2364, Середенин С. Б.\* – д.м.н., профессор, академик РАН, научный руководитель, ORCID: 0000-0003-4482-9331].

can reach 50-60%. The presence of concomitant anxiety disorders seriously worsens the prognosis of CVDs. The results of studies showed that anxiety increases the risk of fatal myocardial infarction and sudden death by 1,9 times and 4,5 times, respectively. Therefore, the correction of psychosocial factors, in particular anxiety symptoms, should be an important component of the treatment of patients with CVDs. The conducted studies show that the use of fabomotizole in patients with CVD and concomitant anxiety disorders reduces the anxiety manifestations. In addition, a pronounced improvement of somatic status is recorded, which is important for improving the course and prognosis of CVDs. The accumulated experience of fabomotizole use makes it possible to recommend it for the treatment of patients with anxiety and CVDs.

**Keywords:** cardiovascular disease, anxiety, patient, comorbidity, fabomotizole, afobazole.

**Relationships and Activities:** none.

Drapkina O.M. ORCID: 0000-0002-4453-8430, Fedin A.I. ORCID: 0000-0002-6996-2628, Dorofeeva O.A. ORCID: 0000-0001-5205-9547,

Medvedev V.E. ORCID: 0000-0001-8653-596X, Kareva E.N. ORCID: 0000-0002-9441-3468, Dzhioeva O.N. ORCID: 0000-0002-5384-3795, Kuklin S.G. ORCID: none, Solovieva E. Yu. ORCID: 0000-0003-1256-2695, Abdulganieva D.I. ORCID: 0000-0001-7069-2725, Kim Z.F. ORCID: 0000-0003-4240-3329, Grigorovich M.S. ORCID: 0000-0002-2485-396X, Shaposhnik I.I. ORCID: 0000-0002-7731-7730, Koryagina N.A. ORCID: 0000-0001-5980-2364, Seredenin S.B. \* ORCID: 0000-0003-4482-9331.

\*Corresponding author: seredeninpharm@mail.ru

**Received:** 28/04-2022

**Accepted:** 03/05-2022

**For citation:** Drapkina O.M., Fedin A.I., Dorofeeva O.A., Medvedev V.E., Kareva E.N., Dzhioeva O.N., Kuklin S.G., Solovieva E. Yu., Abdulganieva D.I., Kim Z.F., Grigorovich M.S., Shaposhnik I.I., Koryagina N.A., Seredenin S.B. Influence of psychosocial risk factors on the course and prognosis of cardiovascular diseases. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(5):3280. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2022-3280. EDN JWUMSA

АГ — артериальная гипертензия, АД — артериальное давление, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, ОР — отношение рисков, ОШ — отношение шансов, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ТР — тревожные расстройства, ФР — факторы риска.

На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) продолжают занимать ведущее место в структуре заболеваемости и смертности населения РФ. При этом развитие ССЗ и их течение тесно связано с образом жизни людей и такими факторами риска (ФР), как курение, нездоровое питание, недостаточная физическая активность, злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела и ожирение, а также психосоциальными факторами. Коррекция этих модифицируемых факторов позволяет снизить риск ССЗ и смерти от них. Вклад широкой пропаганды здорового образа жизни и коррекции ФР на уровне популяции в снижение смертности от ССЗ составляет от 44 до 60% [1].

В Национальных рекомендациях “Кардиоваскулярная профилактика 2017” существенное внимание уделено популяционной стратегии профилактики ССЗ, различным аспектам здорового образа жизни и важности его соблюдения с самого раннего возраста для сохранения здоровья, консультированию по ФР как у кардиологических больных, так и у здоровых лиц с повышенным сердечно-сосудистым риском. Особое внимание уделяется психосоциальным факторам, роль которых широко изучена в мире, но в России в течение длительного времени оставалась недооцененной в общей медицинской практике.

В настоящее время установлено, что психосоциальные ФР в значительной мере отягощают клиническое течение ССЗ, существенно снижают приверженность больных к лечению, ухудшают качество их жизни, увеличивают риск инвалидизации и расходы системы здравоохранения. Кроме того, они выступают в качестве барьеров к модификации образа жизни (с целью коррекции традиционных

ФР) у здоровых лиц, лиц с высоким сердечно-сосудистым риском и больных ССЗ [1]. Информация о важности выявления психосоциальных ФР и их коррекции представлена в Российских и Европейских клинических рекомендациях (таблица 1).

К психосоциальным факторам, являющимся независимыми ФР развития ССЗ, неблагоприятных исходов и смерти от ССЗ, относятся: низкий социально-экономический статус, острый и хронический стресс, низкая социальная поддержка, враждебность, для некоторых типов личности тревожные и депрессивные состояния [1]. Особую сложность представляет выявление таких пограничных нервно-психических расстройств, как тревожные состояния, что связано с неспецифичностью их психоэмоциональных и соматовегетативных проявлений, стигматизацией психиатрической помощи и недостатком знаний о психических расстройствах среди населения и врачей терапевтических специальностей, а также недостаточной доступностью психиатрической помощи в некоторых регионах РФ.

В настоящее время значительная распространенность тревожных расстройств (ТР) в клинической практике не вызывает сомнений, однако значения этого показателя различаются не только между странами, но и зачастую внутри них, что в определенной степени обусловлено несвоевременным выявлением этих состояний или недостаточным вниманием к данной проблеме со стороны врачей общей практики, которые являются первым звеном обращения любого пациента. В среднем, по обобщенным данным проведенных исследований, распространенность ТР в течение 1 года составляет 12,6–17,2%, а в течение жизни — 14,6–24,9% [2–4]. У пациентов общесоматических учреждений рас-

## Информация о роли психосоциальных ФР в клинических рекомендациях

Клинические рекомендации	Информация о роли психосоциальных ФР
Национальные рекомендации “Кардиоваскулярная профилактика 2017”	Некоторые психосоциальные факторы являются независимыми ФР развития ССЗ, неблагоприятных исходов и смерти от ССЗ. Тревожные состояния являются независимыми ФР ИБС, кардиальных осложнений и смерти после ИМ. Рекомендовано выявление психосоциальных ФР с помощью стандартизированных опросников (шкалы SCORE, HADS, PHQ-2-9) и их коррекция немедикаментозными, медикаментозными (при тревожных расстройствах легкой степени назначаются бензодиазепиновые транквилизаторы короткими курсами, либо гидроксизин, этифоксин, фабомотизол) и комбинированными методами.
Клинические рекомендации Минздрава России “Стабильная ишемическая болезнь сердца”, 2020г	Стресс, тревога являются главными модифицируемыми ФР развития ИБС. Основой консервативного лечения стабильной ИБС является устранение модифицируемых ФР и комплексная медикаментозная терапия.
Клинические рекомендации Минздрава России “Артериальная гипертензия у взрослых”, 2020г	Психологический стресс, в т.ч. жизненное истощение являются модифицируемыми ФР ССЗ.
Рекомендации Европейского общества кардиологов по профилактике ССЗ в клинической практике, 2021г	Психосоциальный стресс связан с риском развития ССЗ.

Примечание: ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда, ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФР — факторы риска, SCORE — Systematic Coronary Risk Evaluation, HADS — The hospital anxiety and depression scale (госпитальная шкала тревоги и депрессии), PHQ — Patient Health Questionnaire.

пространенность отдельных симптомов тревоги, по некоторым данным, составляет 28-76% в зависимости от контингента обследуемых и применяемых диагностических инструментов [5]. Частота психосоматических расстройств с соматизированными и тревожными проявлениями также достаточно высока и колеблется среди населения от 15 до 50%, а в общей медицинской практике — от 30 до 57% [6].

Важное медико-социальное значение ТР и тревоги, как составляющей психосоматической патологии, обусловлено негативным влиянием на течение и прогноз сопутствующей соматической патологии, качество жизни и социальное функционирование пациентов. В значительной степени это определяется длительностью течения подобных пограничных расстройств и склонностью к рецидивированию и прогрессированию, особенно при наличии постоянно действующих психотравмирующих факторов, в качестве которых можно рассматривать наличие хронического соматического заболевания (например, ССЗ).

Для ССЗ характерна особо высокая коморбидность с ТР: при ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) их частота может достигать 50-60% [7-10]. По данным проведенной в 2018г всероссийской клинико-эпидемиологической программы КОМЕТА (Клинико-эпидемиологическая программа изучения психосоциальных факторов риска в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца), сопутствующая тревожная симптоматика различной степени выраженности присутствовала у 47,2% пациентов с АГ и ИБС [11]. В ходе многоцентрового эпидемиологи-

ческого исследования ЭССЕ-РФ (Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации) распространенность тревоги и депрессии у пациентов амбулаторной сети составляла, соответственно, 46,3 и 25,6% от общего количества испытуемых, при этом более чем 1/3 от повышенного уровня этих показателей составляли лица с клинически значимым уровнем выраженности симптомов [12].

Проведенные исследования показывают, что ТР оказывают негативное влияние на течение и прогноз ССЗ [8] (таблица 2). Нарушения, возникающие при ТР, могут приводить к ускорению прогрессирования атеросклероза, повышению тонуса коронарных сосудов, увеличению нестабильности атеросклеротических бляшек, увеличению склонности к тромбообразованию и способствовать утяжелению течения ИБС [13]. Установлена тесная взаимосвязь ТР с кризовым течением АГ, а также с высокой распространенностью гипертрофии левого желудочка и повышенным уровнем катехоламинов в крови [14, 15]. Тревожно-депрессивные расстройства ассоциированы с более значимыми нарушениями суточного профиля артериального давления (АД) в виде недостаточного снижения в ночные часы (non-dipper), более высокими значениями среднесуточных показателей АД по данным суточного мониторирования, большей нагрузкой давлением, вариабельностью АД [15]. Психологические тревожные нарушения могут не только ухудшать течение и прогноз заболевания, но и снижать эффективность антигипертензивной медикаментозной терапии и способствовать прогрессированию гипертонической болезни [16].

## Влияние ТР на механизмы патогенеза ССЗ

Увеличение нестабильности атеросклеротической бляшки, ускорение прогрессирования атеросклероза
Повышение склонности к тромбообразованию
Повышение тонуса коронарных сосудов
Увеличение тяжести течения ИБС
Нарушение суточного профиля АД
Снижение эффективности антигипертензивной терапии и прогрессирование гипертонической болезни
Кризовое течение АГ
Высокая распространенность гипертрофии левого желудочка и повышенный уровень катехоламинов в крови
Повышенная вероятность фатального ИМ
Повышенный риск внезапной сердечной смерти
Снижение приверженности к лечению

Примечание: АД — артериальное давление, ИБС — ишемическая болезнь сердца, ИМ — инфаркт миокарда.

В исследовании Framingham Study было показано, что тревога и напряженность являются ФР инфаркта миокарда (ИМ) и ИБС у женщин, а в исследовании Normative Aging study — что хроническая тревога является независимым ФР ИМ у мужчин: при наличии хронического беспокойства, особенно связанного с социальными причинами, отношение рисков (ОР) нефатального ИМ составляет 2,41, фатальных и нефатальных клинических событий, связанных с ИБС — 1,48 [17-19]. Наличие повышенной тревожности повышает вероятность фатального ИМ в 1,9 раза, внезапной смерти — в 4,5 раза [20]. Многофакторный анализ выявил наиболее тесную связь между тревожно-фобическими расстройствами и фатальными клиническими событиями, связанными с ИБС — ОР 2,45-3,77 и, особенно внезапной сердечной смертью — ОР 6,08 [20]. Кроме того, было показано, что повышенный уровень тревоги повышает частоту осложнений острого ИМ (повторного ИМ, ишемии, стойкой желудочковой тахикардии/фибрилляции, смерти) [21].

В Клинических рекомендациях Минздрава России “Стабильная ишемическая болезнь сердца” и “Артериальная гипертензия у взрослых” стресс и тревога указаны как модифицируемые ФР ССЗ. В Национальных рекомендациях по кардиоваскулярной профилактике, разработанных Комитетом экспертов в 2017г, указывается, что тревожные состояния являются независимым ФР развития ССЗ и, в частности, ИБС, кардиальных осложнений (отношение шансов (ОШ) 1,7) и смерти после ИМ (ОШ 1,2); эти психосоциальные ФР в значительной мере отягощают клиническое течение ССЗ, существенно снижают приверженность больных к лечению, ухудшают качество их жизни, увеличивают риск инвалидизации и расходы системы здравоохранения. По данным метаанализа 20 проспективных исследований, включавших ~250 тыс. исходно здоровых лиц, наличие тревожной симптоматики ассоциировалось с повышенным риском последующего развития ИБС и смерти от нее [1].

Таким образом, коррекция психосоциальных факторов, в частности, тревожной симптоматики, с использованием как психотерапии, так и медикаментозного лечения, рекомендована как важная составляющая ведения пациентов с ССЗ. Для фармакотерапии тревожных состояний рекомендовано применение антидепрессантов новых поколений и небензодиазепиновых анксиолитиков, не вызывающих привыкания, в частности, фабомотизола [1].

Фабомотизол является селективным небензодиазепиновым анксиолитиком, оказывающим выраженное противотревожное действие, аналогичное диазепаму, в отношении психических и соматических проявлений тревоги, не сопровождающиеся явлениями седации, миорелаксации, когнитивного дефицита, привыкания и зависимости, и, поэтому, может применяться в течение длительного времени [22]. Фабомотизол не вызывает системных побочных эффектов и не взаимодействует с лекарственными препаратами, применяющимися для лечения ССЗ, и может применяться у пациентов с коморбидными ТР и ССЗ [16, 23-31]. Эффективность и безопасность фабомотизола изучены в многочисленных исследованиях и программах клинического наблюдения (> 80 публикаций, с участием >4500 пациентов). Полученные данные подтверждают эффективность фабомотизола при широком спектре ТР, психосоматических и соматоформных расстройств, а также благоприятный профиль безопасности, в т.ч. при длительном применении.

При этом у пациентов с соматическими заболеваниями, на течение которых оказывают влияние психогенные факторы, применение фабомотизола способно приводить к улучшению течения этих заболеваний. Терапевтическая эффективность препарата была подтверждена в ряде клинических исследований у пациентов с ССЗ и сопутствующими тревожными состояниями. В частности, в открытом рандомизированном исследовании у 128 женщин пожилого возраста с гипертонической болезнью II-III стадии назначение фабомотизола позволило бо-



лее эффективно снизить клиническое АД, среднесуточные показатели, среднедневные, средненочные, максимальные и минимальные показатели систолического АД, диастолического АД и прессорную нагрузку (индекс времени систолического АД и индекс времени диастолического АД за ночь и день) [16].

В ходе Всероссийской клинико-эпидемиологической программы КОМЕТА [32] применение фабомотизола в течение 6 нед. у 367 пациентов с АГ и ИБС и повышенным уровнем тревоги привело не только к купированию тревожной симптоматики, но и к более быстрой редукции следующих соматических жалоб: боли в области сердца, учащенное сердцебиение, одышка; а также жалоб на головокружение, головные боли, плохой сон, снижение концентрации внимания, повышенную утомляемость, плохое настроение, раздражительность.

В исследовании с участием 300 пациентов в возрасте 35-80 лет с эссенциальной АГ и повышенным уровнем тревоги длительное курсовое применение фабомотизола (по 30 мг/сут. в течение 4 нед., с повтором курса через каждые 2 мес.) в течение 1,5 лет привело не только к достоверно более выраженному снижению уровня систолического АД (со 165,8 до 130,8 мм рт.ст.), но и к снижению частоты госпитализаций по сердечно-сосудистым показаниям в 3 раза, по сравнению с пациентами, получавшими только стандартную терапию ССЗ [31].

В ходе рандомизированного сравнительного исследования с участием 145 пациентов с ИБС и АГ при применении фабомотизола отмечается более выраженная динамика соматической патологии по сравнению с контрольной группой, получавшей по требованию феназепам/корвалол/валокордин:

- снижение числа ангинозных приступов в сут.,
- уменьшение количества и продолжительности эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда, наджелудочковых экстрасистол и тахикардии за сут. по данным холтеровского мониторирования,
- достижение контроля АД (меньшие значения среднесуточного, среднедневного и средненочного АД),
- более быстрое развитие антиангинального, антиаритмического и антигипертензивного эффекта.

На фоне применения фабомотизола отмечается также уменьшение числа лекарственных средств, принимаемых в течение дня. Анксиолитический эффект фабомотизола (уменьшение чувства “дрожи во всем теле” и чувства тревоги в сравнении с контрольной группой в 1,3 раза, раздражительности, беспокойства, нарушений сна в 1,4 раза; страха в 1,5 раза), оказывает положительное влияние и на течение сопутствующих заболеваний, что способствует сокращению сроков госпитализации у больных основной группы —  $12,1 \pm 0,3$  vs  $15,3 \pm 0,5$  сут. в контрольной группе [32].

При длительном применении фабомотизола в течение 26 нед. у пациентов с ССЗ (АГ, ИБС, аритмии) и сопутствующими тревожно-депрессивными

расстройствами отмечается более выраженная положительная динамика редукции соматической патологии по сравнению с контрольной группой, получавшей только стандартную терапию: снижение частоты приступов стенокардии/кардиалгий, гипертонических кризов/подъемов АД, эпизодов аритмии, обращений к врачам и повторных госпитализаций (различия статистически значимы) [33].

Таким образом, полученные в исследованиях результаты подтверждают целесообразность применения фабомотизола у пациентов с ССЗ и сопутствующими тревожными состояниями — как для нормализации их психоэмоционального статуса, так и для улучшения течения и прогноза сердечно-сосудистой патологии.

### Заключение экспертного совета

1. Доказанный факт влияния ТР на прогноз по основному заболеванию у пациентов с сердечно-сосудистой патологией обуславливает необходимость применения препаратов, направленных на коррекцию психоэмоциональных факторов, на широком популяционном уровне и в ежедневной клинической практике, что представляется важнейшим условием снижения заболеваемости ССЗ, улучшения их течения и прогноза.

2. Особое значение среди психоэмоциональных факторов имеют ТР — психопатологические синдромы при невротических, связанных со стрессом, а также личностных и других более тяжелых психических и психосоматических расстройствах, в связи с доказанным их влиянием на увеличение вероятности фатального ИМ в 1,9 раза, риска внезапной смерти — в 4,5 раза.

3. Принимая во внимание тот факт, что в силу специфической клинической картины ТР больные, прежде всего, обращаются к врачам общемедицинской практики: кардиологам, терапевтам, неврологам и другим специалистам, становится особенно актуальной разработка стандартизированной методики выявления и коррекции психосоциальных факторов в ежедневной клинической практике для снижения заболеваемости ССЗ, улучшения течения и прогноза у пациентов с ССЗ, а также необходимость проведения психиатрами обучающих циклов и конференций для врачей общей практики и терапевтов.

4. Выбор препарата этиотропной терапии должен учитывать соотношение риск/польза, профиль безопасности и противопоказания для каждого пациента с ССЗ.

5. Накопленный опыт клинического применения препарата фабомотизол (Афобазол) позволяет рекомендовать его как препарат выбора для лечения пациентов с тревогой и ССЗ.

6. В сроки до конца 2022г с целью снижения заболеваемости ССЗ и улучшения течения и прогноза у пациентов с ССЗ рабочей группе экспертов рекомендовано разработать методику выявления

и коррекции психосоциальных факторов в ежедневной клинической практике и создать проект методических рекомендаций.

**Отношения и деятельность:** все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

## Литература/References

1. Cardiovascular prevention 2017. National guidelines. Russian Journal of Cardiology. 2018;(6):7-122. (In Russ.) Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2018;(6):7-122. doi:10.15829/1560-4071-2018-6-7-122. EDN XSLTTF.
2. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. Can J Psychiatry. 2006;51(2):100-13. doi:10.1177/070674370605100206.
3. Davydov AT, Litvintsev SV, Butko DYU, et al. Experience in the diagnosis and treatment of anxiety disorder in the post-stroke period in patients who have suffered an ischemic stroke. Russian Medical Journal. 2008;16(5):266-9. (In Russ.) Давыдов А.Т., Литвинцев С.В., Бутко Д.Ю. и др. Опыт диагностики и лечения тревожного расстройства в постинсультном периоде у больных, перенесших ишемический инсульт. Русский медицинский журнал. 2008;16(5):266-9. EDN THWUAL.
4. Khaustova EA, Bezsheiko VG. Modern ideas about the diagnosis and therapy of anxiety disorders. International Neurological Journal. 2012;2(48):52-60. (In Russ.) Хаустова Е.А., Безшейко В.Г. Современные представления о диагностике и терапии тревожных расстройств. Международный неврологический журнал. 2012;2(48):52-60. EDN OXOABR.
5. Krasnov VN, Dovzhenko TV, Bobrov AE. Anxiety and depressive disorders in patients of the primary medical network. Medical Bulletin. 2010;11(516):9-10. (In Russ.) Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов первичной медицинской сети. Медицинский вестник. 2010;11(516):9-10. EDN VANHRO.
6. Smulevich AB. Psychosomatic disorders in clinical practice. Moscow time: MEDpress-inform. 2019. (In Russ.) Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства в клинической практике. Мск.: МЕДпресс-информ. 2019. ISBN: 978-5-00030-711-3.
7. Belyalov FI. Depression, anxiety and stress in patients with coronary heart disease. Therapeutic Archive. 2017;89(8):104-9. (In Russ.) Белялов Ф.И. Депрессия, тревога и стресс у пациентов с ишемической болезнью сердца. Терапевтический архив. 2017;89(8):104-9. doi:10.17116/terarkh2017898104-109. EDN: ZFDKYH.
8. Pogosova G.V. Anxiety states in cardiac patients: diagnostics and treatment aspects. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2006;5(5):75-80. (In Russ.) Погосова Г.В. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: диагностические и терапевтические аспекты. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2006;5(5):75-80. EDN ISVYAD.
9. Ibatov AD. The influence of anxiety disorders on the course of coronary heart disease. Russian Medical Journal. 2007;15(20):1443-6. (In Russ.) Ибатов А.Д. Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца. Русский медицинский журнал. 2007;15(20):1443-6. EDN UJUAFP.
10. Vanchakova NP. Anxiety disorders in patients with hypertension and coronary heart disease and their correction by tenoten. Polyclinic. 2007;2:56-60. (In Russ.) Ванчакова Н.П. Тревожные расстройства у пациентов с гипертонической болезнью и ишемической болезнью сердца и их коррекции теноотеном. Поликлиника. 2007;2:56-60.
11. Pogosova NV, Boitsov SA, Oganov RG, et al. Clinical and epidemiological program for the study of psychosocial risk factors in cardiological practice in patients with arterial hypertension and coronary heart disease (COMET): the first results of a Russian multicenter study. Cardiology. 2018;58(9):47-58. (In Russ.) Погосова Н.В., Бойцов С.А., Оганов Р.Г. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения психосоциальных факторов риска в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КОМЕТА): первые результаты российского многоцентрового исследования. Кардиология. 2018;58(9):47-58. doi:10.18087/cardio.2018.9.10171.
12. Shalnova SA, Evstifeeva SE, Deev AD, et al. The prevalence of anxiety and depression in various regions of the Russian Federation and its association with socio-demographic factors (according to the ESSAY-RF study). Therapeutic Archive. 2014;86(12):53-60. (In Russ.) Шальнова С.А., Евстифеева С.Е., Деев А.Д. и др. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ). Терапевтический архив. 2014;86(12):53-60. doi:10.17116/terarkh2014861253-60.
13. Kubzansky LD, Kawachi I. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? J Psychosom Res. 2000;48(4-5):323-37. doi:10.1016/s0022-3999(99)00091-4.
14. Kopylov FYu, Syrkin AL, Drobizhev MYu, et al. Clinical and psychosomatic features of the course of hypertension in conditions of chronic stress. Clinical medicine. 2008;2:23-5. (In Russ.) Копылов Ф.Ю., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю. и др. Клинические и психосоматические особенности течения гипертонической болезни в условиях хронического стресса. Клиническая медицина. 2008;2:23-5.
15. Borovkov N, Berdnikova L, Dobrotina I. On the treatment of anxiety and depressive disorders in patients with cardiovascular diseases. Doctor. 2013;(12):53-8. (In Russ.) Боровков Н., Бердникова Л., Добротина И. О лечении тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Врач. 2013;(12):53-8. EDN RQEDRR.
16. Kalinina SYu, Zhulina NI, Belova AN, Suvorov AV. The effect of the anxiolytic Afobazole on the effectiveness of treatment of hypertension in elderly women. Review of Psychiatry and Medical Psychology named after V.M. Bekhterev. 2009;(4):37-41. (In Russ.) Калинина С.Ю., Жулина Н.И., Белова А.Н., Суворов А.В. Влияние анксиолитика Афобазола на эффективность лечения гипертонической болезни у пожилых женщин. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2009;(4):37-41. EDN YPAPHX.
17. Eaker ED, Pinsky J, Castelli WP. Myocardial infarction and coronary death among women: psychosocial predictors from a 20-year follow-up of women in the Framingham Study. Am J Epidemiol. 1992;135:854-64. doi:10.1093/oxfordjournals.aje.a116381.
18. Shen B-J, Avivi YE, Todaro JF, et al. Anxiety characteristics independently and prospectively predict myocardial infarction in men. The unique contribution of anxiety among psychologic

- factors. *J Am Coll Cardiol.* 2008;51(2):113-9. doi:10.1016/j.jacc.2007.09.033.
19. Kubzansky LD, Kawachi I, Spiro A, et al. Is worrying bad for your heart? A prospective study of worry and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Circulation.* 1997;95:818-24. doi:10.1161/01.cir.95.4.818.
  20. Starostina EG. Generalized anxiety disorder and symptoms of anxiety in general medical practice. *Russian Medical Journal.* 2004;(22):1277-83. (In Russ.) Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике. *Русский медицинский журнал.* 2004;(22):1277-83.
  21. Moser DK. "The rust of life": impact of anxiety on cardiac patients. *Am J Crit Care.* 2007;16(4):361-9.
  22. Syunyakov TS, Neznamov GG. Evaluation of the therapeutic efficacy and safety of the selective anxiolytic afobazole in generalized anxiety disorder and adjustment disorders: Results of a multicenter randomized comparative study of diazepam. *Terapevticheskii arkhiv.* 2016;88(8):73-86. (In Russ.) Сюняков Т.С., Незнамов Г.Г. Оценка терапевтической эффективности и безопасности селективного анксиолитика афобазола при генерализованном тревожном расстройстве и расстройствах адаптации: результаты многоцентрового рандомизированного сравнительного с диазепамом исследования. *Терапевтический архив.* 2016;88(8):73-86. doi:10.17116/terarkh20168873-86.
  23. Medvedev VE, Trosnova AP, Dobrovolsky AV. Psychopharmacotherapy of anxiety disorders in patients with cardiovascular diseases: the use of afobazole. *Journal of Neurology and Psychiatry.* 2007;107(7):25-9. (In Russ.) Медведев В.Э., Троснова А.П., Добровольский А.В. Психотерапия тревожных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: применение афобазола. *Журнал неврологии и психиатрии.* 2007;107(7):25-9.
  24. Tatarsky BA, Biserova IN. The use of Afobazole in the treatment of paroxysmal atrial fibrillation. *Russian Medical Journal.* 2007;(9):760-6. (In Russ.) Татарский Б.А., Бисерова И.Н. Использование Афобазола при лечении пароксизмальной формы фибрилляции предсердий. *Русский медицинский журнал.* 2007;(9):760-6.
  25. Zhidkikh BD, Kolesnikova OE, Barbashina TA, et al. The effect of Afobazole on the quality of life of cardiac patients during inpatient treatment. *Russian Medical Journal.* 2007;15(16):1241-5. (In Russ.) Жидких Б.Д., Колесникова О.Е., Барбашина Т.А. и др. Влияние Афобазола на качество жизни кардиологических больных в процессе стационарного лечения. *Русский медицинский журнал.* 2007;15(16):1241-5. EDN XIJSKV.
  26. Zhidkikh BD. The effectiveness of Afobazole in the treatment of cardiac patients. *Doctor.* 2014;(8):32-7. (In Russ.) Жидких БД. Эффективность Афобазола в лечении кардиологических больных. *Врач.* 2014;(8):32-7. EDN SLJCRH.
  27. Podkhomutnikov VM. The use of Afobazole in patients with myocardial infarction. *Consilium medicum. Mental disorders in general medicine.* 2007;2(4):35-6. (In Russ.) Подхомутников В.М. Применение Афобазола у больных с инфарктом миокарда. *Consilium medicum. Психические расстройства в общей медицине.* 2007;2(4):35-6.
  28. Petrova NN. Anxiety disorders and their correction in outpatient psychiatric practice. *Psychiatry and psychopharmacotherapy.* 2011;13(6):30-5. (In Russ.) Петрова Н.Н. Тревожные расстройства и их коррекция в амбулаторной психиатрической практике. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2011;13(6):30-5. EDN OOLVYF.
  29. Gorshunova NK, Ukraintseva DN. Treatment of anxiety in patients of older age groups: clinical efficacy of the use of anxiolytics of the non-benzodiazepine series of Afobazole. *Directory of polyclinic doctor.* 2007;(3):70-4. (In Russ.) Горшунова НК, Украинцева ДН. Лечение тревоги у пациентов старших возрастных групп: клиническая эффективность применения анксиолитика небензодиазепинового ряда Афобазола. *Справочник поликлинического врача.* 2007;(3):70-4. EDN TTMVWD.
  30. Svishchenko EP. Experience of using the drug Afobazole in patients with hypertension and panic attacks. *Internal medicine.* 2008;4(10). (In Russ.) Свищенко Е.П. Опыт применения препарата Афобазол у пациентов с гипертонической болезнью и паническими атаками. *Внутренняя медицина.* 2008;4(10).
  31. Chumakova EA, Garonova NI, Berezina TN. Afobazole effectiveness in the complex treatment of patients with arterial hypertension. *Russian Journal of Cardiology.* 2014;(2):89-95. (In Russ.) Чумакова Е.А., Гапонова Н.И., Березина Т.Н. Оценка эффективности применения терапии Афобазолом в комплексном лечении больных артериальной гипертензией. *Российский кардиологический журнал.* 2014;(2):89-95. doi:10.15829/1560-4071-2014-2-89-95.
  32. Melnik MG, Kanorsky SG, Bogdanova OA, Trubchaninova SA. Evaluation of short-term effects of Afobazole in geriatric patients with combined psychosomatic diseases. *Psychiatry and psychopharmacotherapy.* 2014;16(4):46-51. (In Russ.) Мельник М.Г., Канорский С.Г., Богочанова О.А., Трубочанинова С.А. Оценка краткосрочных эффектов Афобазола у гериатрических больных с сочетанными психосоматическими заболеваниями. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2014;16(4):46-51. EDN SQLGDF.
  33. Medvedev VE. Therapy of anxiety-depressive disorders in patients with therapeutic profile. *Psychiatry and psychopharmacotherapy.* 2015;17(1):22-30. (In Russ.) Медведев В.Э. Терапия тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2015;17(1):22-30. EDN TRPYIL.