

«Солдатское сердце»: возможности кардиопротекции при посттравматическом стрессе

По материалам научно-практической конференции «Стресс и сердечно-сосудистые заболевания: национальная стратегия в современных условиях Украины» (4-5 мая, г. Киев)

В связи с сохраняющимся социальным и политическим напряжением в Украине термин «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР) становится все более привычным. Сегодня врачи должны учитывать психологическое состояние пациентов и те ситуации, в которых они пребывали или пребывают на момент обращения за медицинской помощью. Особенно это актуально для больных, пострадавших в ходе вооруженного конфликта на юго-востоке Украины, но не менее тяжелый стресс могут испытывать и люди, потерявшие близких, пережившие природные или транспортные катастрофы и другие события, выходящие за рамки повседневного человеческого опыта, представляющие угрозу для жизни и здоровья и травмирующие психику.

О влиянии стресса на сердечно-сосудистую систему и о том, как оптимизировать медикаментозную терапию кардиологического пациента с ПТСР, рассказал руководитель отдела инфаркта миокарда и восстановительного лечения ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско НАМН Украины», профессор Валентин Александрович Шумаков.



Он отметил, что наличие депрессии и тревоги у пациентов с кардиологическими заболеваниями существенно влияет на их прогноз, и сегодня этой проблеме уделяется большое внимание. Еще в конце прошлого столетия в исследованиях были получены данные, свидетельствующие о 4-кратном повышении уровня смертности у больных, перенесших острый инфаркт миокарда, в первые 6 мес постинфарктного периода при развитии депрессивных состояний. Метаанализ, проведенный в 2002 г. и посвященный исследованию депрессии как фактора риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) у здоровых лиц, продемонстрировал повышение ассоциированного с ней относительного риска приблизительно в 2,7 раза.

Депрессия и тревога — неизбежные спутники ПТСР, которое впервые было представлено в качестве клинического диагноза в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). В недавнем исследовании J.L. Kibler и соавт. (2014) показано, что ПТСР ассоциируется с увеличением риска развития метаболического синдрома на 41%, артериальной гипертензии — на 14,5%, снижением вариабельности сердечного ритма, повышением уровней провоспалительных цитокинов. Установлено также, что ПТСР приводит к драматическому увеличению частоты сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), в том числе инфаркта миокарда и потребности в реваскуляризации. Современные авторы отмечают, что существует взаимосвязь между ПТСР и ССЗ — кардиологические пациенты в большей степени по сравнению с лицами без ССЗ подвержены развитию ПТСР, и это следует учитывать при оказании медицинской помощи таким больным (H. Tulloch et al., 2014). С ПТСР связан и синдром, обозначаемый термином «солдатское сердце», впервые описанный у солдат в 1872 г. (во времена гражданской войны в США) Джейкобом Мендесом Да Коста. Этот характерный симптомокомплекс включает тахикардию, повышенный уровень тревоги и одышку.

В настоящее время большой интерес вызывают возможности, связанные с применением бета-адреноблокаторов в лечении пациентов с ПТСР: препараты этой группы часто назначаются кардиологическим больным, кроме того, имеются данные об их способности влиять на компоненты ПТСР. Бета-адреноблокаторы обеспечивают быстрое противотревожное, вегетостабилизирующее действие и не сопровождаются седативным эффектом. Кроме того, результаты клинических исследований свидетельствуют об уменьшении психологической гиперреактивности на фоне приема бета-адреноблокаторов. В частности, установлена эффективность пропранолола в устранении посттравматических симптомов (Pitman et al., 2002; Vaiva et al., 2003).

В современной клинической практике бета-адреноблокаторы используются при ПТСР в комбинации с антидепрессантами, особенно при выраженных вегетативных расстройствах. Очевидно, что существует потребность в дальнейшем изучении эффектов бета-адреноблокаторов при ПТСР в рамках крупных контролируемых исследований, особенно интересно выяснить потенциальную пользу от их профилактического применения после травмирующего события с целью предотвращения развития ПТСР.

Безусловно, важным моментом в лечении пациентов с ПТСР является рациональный выбор препаратов с учетом профиля их безопасности. Если рассматривать с этой точки зрения группу бета-адреноблокаторов, то следует

обратить внимание прежде всего на бисопролол — препарат с обширной доказательной базой, обладающий высокой селективностью по отношению к периферическим β_1 -рецепторам (рис. 1). Известно, что от степени селективности бета-адреноблокаторов (способность избирательно блокировать β_1 -рецепторы, не влияя на β_2 -рецепторы) зависит риск развития побочных эффектов. Высоко-селективный бисопролол обладает отличным профилем безопасности и хорошей переносимостью.

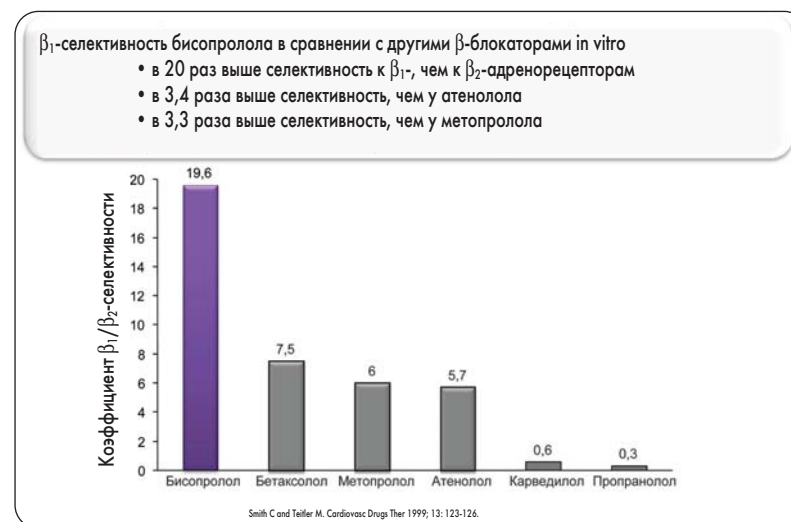


Рис. 1. Бисопролол обладает очень высокой β_1 -селективностью



Рис. 2. Бисопролол не влияет на сексуальную функцию

В исследованиях показано, что бисопролол в отличие от неселективных бета-адреноблокаторов не влияет на половую функцию (рис. 2). Это очень важный момент, учитывая, что пациенты мужского пола с показаниями к назначению бета-адреноблокаторов нередко отказываются от такой терапии, опасаясь развития сексуальной дисфункции. Кроме того, бисопролол благодаря минимальному воздействию на β_2 -рецепторы практически не оказывает негативного влияния на функцию легких, периферическое кровообращение, метаболизм глюкозы и липидов. Таким образом, этот препарат можно назначать пациентам с различными сопутствующими состояниями — сахарным диабетом, дислипидемией, хроническим обструктивным заболеванием легких, которые сегодня часто встречаются в популяции кардиологических пациентов.

Бисопролол растворяется в жирах и воде и относится к категории амфифильных препаратов. Способность растворяться в жирах обуславливает высокую биодоступность бисопролола и другие фармакодинамические преимущества липофильных бета-адреноблокаторов. Бисопролол имеет два пути элиминации — почечную экскрецию и печеночный метаболизм, что обеспечивает большую безопасность его применения при сопутствующих поражениях печени и почек, а также у пожилых больных.

Недавно на украинском рынке появился новый генерик бисопролола — Бисопролол КРКА. Отличительной особенностью Бисопролола КРКА является его терапевтическая эквивалентность оригинальному препарату, доказанная в прямом сравнительном исследовании Head To Head, а доступная стоимость препарата позволяет назначить эффективное лечение большинству украинских пациентов.

Перечисленные преимущества бисопролола служат аргументом и в пользу назначения этого препарата пациентам с ПТСР, тем более что у таких больных ожидается более высокая частота встречаемости дислипидемий и других компонентов метаболического синдрома. Так, в исследовании S.M. Hammad (2012) обнаружено многократное увеличение уровня общего холестерина (ХС), ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и провоспалительных цитокинов у пациентов с ПТСР, перенесших инфаркт миокарда, а результаты анализа, проведенного Roland von Kanel (2010), свидетельствуют о том, что ПТСР связан с повышением частоты возникновения дислипидемий.

Показано также, что использование статинов нивелирует данные нарушения при ПТСР (S.M. Hammad, 2012), более того, в небольшом клиническом исследовании установлена эффективность статинов в увеличении выживаемости участников боевых действий с ПТСР (N. Ahmad et al., 2011).

Следует учитывать и наличие у статинов доказанной способности замедлять темпы прогрессирования атеросклеротического процесса. Большой интерес в этом отношении вызывает розувастатин, который продемонстрировал данный эффект наряду с выраженным снижением уровня ХС ЛПНП в исследовании ASTEROID у пациентов с ИБС и в исследовании METEOR у больных с субклиническим атеросклерозом.

В недавнем исследовании Raber и соавт. (2014) установлено, что терапия розувастатином в дозе 40 мг/сут в течение 13 мес способствовала уменьшению объема атеросклеротических бляшек в проксимальных отделах неинфарктзависимых артерий у пациентов с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Таким образом, проведение высокодозовой терапии розувастатином с целью влияния на процесс атерогенеза целесообразно как при вторичной профилактике, так и на стадии формирования атеросклеротической бляшки.

Розувастатин — препарат, обладающий наиболее выраженным гиполипидемическим эффектом, и его назначение в адекватных дозах в большинстве случаев способствует достижению целевых уровней липидов у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска.

Очень важно, что украинские врачи имеют возможность назначать пациентам качественный европейский розувастатин — препарат Роксеры с самым широким спектром дозировок, что делает его применение особенно удобным у разных категорий больных.

Кроме стандартных дозировок розувастатина, знакомых врачам (5, 10, 20 и 40 мг), Роксеры доступна в уникальных дозировках 15 и 30 мг. Изучение эффектов розувастатина, применяемого в этих дозировках, показало, что прием Роксеры 15 мг/сут обеспечивает снижение уровня ХС ЛПНП почти на 50%; данная стратегия может рассматриваться как оптимальный выбор для пациентов с ИБС. Доза розувастатина 30 мг/сут показана для проведения интенсивной статинотерапии, когда применение максимальной дозы — 40 мг — по каким-либо причинам нежелательно.

Таким образом, оценивая риски у пациентов с ССЗ, следует принимать во внимание и возможное наличие ПТСР. Для обеспечения максимального эффекта в лечении таких больных кардиологи должны активно сотрудничать с психиатрами и неврологами, налаживать партнерские взаимоотношения с пациентами и назначать препараты, если не уменьшающие, то, по крайней мере, не усугубляющие последствия ПТСР.

Подготовила Наталья Очеретяная

