назначенный больным при остром периоде инфаркта миокарда, уменьшил частоту смертей при сердечнососудистых заболеваниях на 23%, частоту повторных инфарктов на 49%, а при назначении во время нестабильной стенокардии уменьшился риск развития смерти на 50%. После коронарных вмешательств, а именно коронарного шунтирования, назначение антитромбоцитарной терапии обязательно. Исходя из исследований, аспирин позволил снизить частоту тромбозов шунтов на 50%.

Использования аспирина в первичной профилактике сердечнососудистых осложнений у женщин, было проведено среди медицинских работников от 45 лет, не имеющих признаков ИБС, злокачественных опухолей. Около 40 тысяч женщин были рандомизированы в группу плацебо и группу аспирина (100 мг через день). Наблюдение длилось 10 лет. При оценке результатов выявлено, что в группе аспирина риск сердечнососудистых заболеваний уменьшился на 9%. Во время оценки отдельных компонентов, препарат снижал риск инсульта на 17%.

При использовании антитромботических препаратов, риск геморрагических осложнений возрастает. Согласно исследованию, риск кровотечения при приеме аспирина составляет 0,5% в год, а у больных, не принимающих препараты этих групп, риск спонтанных кровотечений составляет 0,1% в год. Основной проблемой является аспирининдуцированная гастропатия, ухудшающая переносимость препарата. В связи с возникновением диспепсического явления, происходит непереносимость препарата, что приводит к отмене препарата.

На данный момент Кардиомагнил (ацетилсалициловая кислота) является наиболее доступным препаратом, рекомендованным для первично и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Его эффективность была доказана многочисленными плацебоконтролируемыми исследованиями. А комбинированная терапия аспирином и клопидогрелом показала свое преимущество лишь при острых коронарных синдромах, но не имеет эффективности у «стабильных» больных.

1. Белоусов Ю.Б. и др. // Фарматека. 2006. № 11. С. 1
2. Ивашкин В.Т. и др. // Рус. мед. журн. 2002. Т. 4. № 2. Прилож. С. 42.
3. Lewis H.D.J. et al. // N. Engl. J. Med. 1983. V. 309. P. 396.
4. Mangano D.T. // N. Engl. J. Med. 2002. V. 347. P. 1309.
5. Desborough MJR The aspirin story - from willow to wonder drug./Desborough MJR, Keeling DM. / Br J Haematol. 2017 Jun;177(5):674-683. doi: 10.1111/bjh.14520.
6. Rivaroxaban or Aspirin for Extended Treatment of Venous thromboembolism./ Weitz JI et al // N Engl J Med. 2017 Mar 30;376(13):1211-1222. doi: 10.1056/NEJMoal700518.
7. Richman IB. Aspirin for Primary Prevention./ Richman IB, Owens DK. // Med Clin North Am. 2017 Jul;101(4):713-724. doi: 10.1016/j.mcna.2017.03.004

**Хикматуллаева Ш.Ш.¹, Хайдаров Н.К.¹, Мухамедсаидова И.А.¹, Арзиев Ш.Ш.¹,
Фатхуллаев Ш.Ш.²**

Клинические аспекты панического расстройства

¹Ташкентский государственный стоматологический институт

²Научно-исследовательский институт санитарии, гигиены и профессиональных заболеваний

(Узбекистан, Ташкент)

doi: 10.18411/lj-06-2020-34

idsp: ljjournal-06-2020-34

Аннотация

Основными диагностическими признаками панических атак служат пароксизмальность возникновения, полисистемность вегетативных симптомов, наличие эмоциональных расстройств, выраженность которых может колебаться от ощущения «дискомфорта» до «паники».

Ключевые слова: панические расстройства, приступ тревоги, панические атаки, когнитивные симптомы, эмоциональные расстройства.

Abstract

The main diagnostic signs of panic attacks are the paroxysmal occurrence, polysystemic vegetative symptoms, the presence of emotional disorders, the severity of which can range from a feeling of "discomfort" to "panic".

Key words: panic disorders, anxiety attack, panic attacks, cognitive symptoms, emotional disorders.

Введение

Основным клиническим проявлением панического расстройства являются панические атаки — приступы сильнейшей тревоги, сопровождающейся соматическими и когнитивными симптомами. Основными диагностическими признаками панических атак служат пароксизмальность возникновения, полисистемность вегетативных симптомов, наличие эмоциональных расстройств, выраженность которых может колебаться от ощущения «дискомфорта» до «паники». ПР имеет рекуррентное хроническое течение. Ремиссия наблюдается приблизительно у 30-40% пациентов независимо от половой принадлежности. Важно отметить, что наличие ремиссии не исключает обострений ПР в дальнейшем. Проспективных исследований, изучающих естественное течение заболевания и фармакологическое влияние на течение заболевания, проведено крайне мало. Katschnig et al и соавторы в 1995 году, основываясь на четырехлетнем наблюдении более 400 пациентов, завершивших курс фармакологического лечения, показали, что у 31% пациентов наблюдается полная ремиссия, 24% испытывают эпизодические периоды ухудшения состояния, а 45% имеют персистирующие симптомы паники. Однако, имеющиеся у пролеченных пациентов симптомы не обязательно полностью удовлетворяют критериям ПР, у многих из них наблюдаются субпороговые синдромы. Приблизительно у одного пациента из пяти после лечения сохраняется социальная дезадаптация.

Панические атаки в качестве основных синдромов входят в две рубрики:

Панические расстройства без агорафобии.

Панические расстройства с агорафобией.

«Агорафобия» определяется как «тревога по поводу или избегание мест или ситуаций, выход из которых может быть тяжелым или затрудненным или в которых не может быть оказана помощь в случае появления ПА или панико-подобных симптомов». Диагностические критерии ПА согласно Б8М-1У: Дискретный период интенсивного страха или дискомфорта, в котором 4 или более нижеперечисленных симптомов развиваются внезапно и достигают максимума в течение 10 минут: учащенное сердцебиение; потливость; озноб, тремор; ощущение нехватки воздуха; затруднение дыхания вплоть до удушья; боль/дискомфорт в левой половине грудной клетки; тошнота или дискомфорт в абдоминальной области; головокружение, неустойчивость или липотимическое состояние; чувство дереализации, деперсонализации; неконтролируемый страх сойти с ума или совершить неконтролируемое действие; страх летального исхода; парестезии(онемения или покалывания); приступообразные волны жара или холода.

Материал и методы.

Нами детально изучены клинические симптомы 211 пациентов и проведено разделение больных ПА на подгруппы в зависимости от наличия или отсутствия в картине приступа так называемых «атипичных» или «конверсионных» симптомов: 1. Жалобы на «ком в горле». 2. Парез (слабость) в руке или ноге. 3. Нарушение со стороны зрения или слуха. 4. Изменение паттерна ходьбы. 5. Изменение речи/голоса. 6. Утрата

сознания. 7. Ощущение, что тело выгибается. 8. Судороги в руках или ногах. 9. Тошнота, рвота. 10. Абдоминальный дискомфорт. В результате нами были выделены следующие группы:

I группа - «типичные ПА». Структура приступа состояла из типичных симптомов.

II - «атипичные ПА». Помимо типичных симптомов, в приступе наблюдались и другие феномены (диффузные или локальные болевые синдромы, сенестопатические ощущения, мышечные напряжения или ощущение сведения мышц, комплексные навязчивые ритуалы и т.д.).

Обсуждение

Согласно диагностическим критериям в атаке должно быть представлено как минимум 4 из 13 паникоассоциированных симптомов. С другой стороны, оценивать критерий о наличии в приступе не менее 4 симптомов из паникоассоциированных следует осторожно. У большинства пациентов наряду с «большими» атаками наблюдаются приступы, в картину которых входит 2-3 симптома, так называемые «малые» ПА. Кроме представленных в списке, в атаке могут присутствовать и другие симптомы, чаще всего конверсионного генеза (например, жалобы на «ком в горле»; изменение ходьбы; расстройство зрения/слуха; судороги в конечностях, псевдопарезы и т.д.). Надо учесть, что наличие больше 5-6 подобных атипичных (непаникоассоциированных) симптомов в приступе ставит диагноз ПР под вопрос. Ниже представлены диагностические критерии «Панических расстройств» согласно МКБ-10:

1. Повторные панические атаки;
2. Панические атаки происходят в течение месяца и более, сопровождаясь следующими симптомами: беспокойством по поводу повторения атак; возможных осложнений приступов паники или их последствий, а также значительными изменениями поведения, связанными с приступами;
3. Появление атак не является проявлением воздействия каких-либо веществ или соматических заболеваний (например, аритмии, тиреотоксикоза, гипертонического криза и т.д.)

Симптомы ПР у разных больных различаются, но, как правило, характерно неожиданно возникающее учащенное сердцебиение, дискомфорт в левой половине грудной клетки, ощущение удушья, головокружение и чувство нереальности происходящего (деперсонализация или дереализация). Этим симптомам также сопутствуют страх смерти, страх потерять над собой контроль или сойти с ума. Обычно атаки продолжаются десять-двадцать минут. В приступе пациенты часто испытывают настолько резко нарастающие страх и вегетативные симптомы, что приводит к тому, что больные торопливо покидают место, где находятся. Если первая атака возникла в специфической ситуации, например, в транспорте (автобус или метро), больной может впоследствии избегать данных мест. Частые панические атаки вызывают страх оставаться одному или, напротив, появляться в местах большого скопления людей. В случае развития ПР, паническая атака приводит к постоянному страху возникновения других приступов. В большинстве случаев, приступ паники провоцируется психологическим дисбалансом (значимый эмоциональный конфликт, острые стрессовые ситуации), а также может возникнуть на фоне биологически (изменения в гормональном статусе, аборт, прием гормональных препаратов) и физиогенных (алкогольные эксцессы, прием наркотиков, избыточная инсоляция, физическая нагрузка) изменений. Приступ ПР, однако, может развиваться и на фоне повседневной деятельности пациента, при отсутствии воздействия эмоциональных или физических факторов. Возникая неожиданно, приступ развивается за достаточно короткий промежуток времени, в среднем, достигая пика за 10 минут. Обычная длительность ПА 20-30 минут, возможно, удлинение приступа до одного часа. В случае, если

приступимет большую продолжительность, то это заставляет продолжать диагностический поиск. Частота приступов колеблется от нескольких в сутки до одного в течение нескольких месяцев. В среднем у пациентов наблюдается от 2 до 4 приступов за неделю.

Таким образом, наиболее значимым для дифференцирования пароксизмов оказалось соотношение типичных (критерии МКБ-10) и атипичных (конверсионных), что нашло отражение в индексе типичности (ИТ). Нами выявлено, что формирование атипичных форм этих заболеваний проходит по пути повышению влияния психологических факторов на возникновение пароксизма, усиления беспомощности и пассивных форм реагирования, а также уменьшения роли психологических защит.

1. Katzman M.A. et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. BMC Psychiatry, 2014, 14(Suppl. 1).
2. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение: руководство для врачей. Под ред. Г.И. Сторожакова, В.К. Шамрея. СПб.: СпецЛит, 2014. 303 с.
3. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. 2013.
4. Собенников В.С., Белялов Ф.И. Соматизация и психосоматические расстройства. Монография. Иркутск. РИО ИГИУВа, 2010. 230 с.
5. Дзампаев А.Т., Суворова И.А., Дамулин И.В. Клинический потенциал и перспективы применения препарата буспирон в терапии тревожных расстройств. Журнал Неврологии и психиатрии, 2014.

Чаулин А.М.^{1,2}

Сердечные тропонины: основные аспекты биохимии, физиологии

¹ ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер»

² ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России
(Россия, Самара)

doi: 10.18411/lj-06-2020-35

idsp: ljjournal-06-2020-35

Аннотация

Сердечные тропонины (тропонин I, T и C) играют важную роль в регуляции сократительной функции сердечной мышцы, а мутации связаны с развитием различных видов кардиомиопатий, которые ведут к сердечной недостаточности. Определение концентрации сердечных тропонинов в крови используется при диагностике некоторых сердечно-сосудистых заболеваний, включая острый инфаркт миокарда, миокардиты, сердечную недостаточность.

Ключевые слова. Сердечные тропонины, кардиомиопатия, лабораторная диагностика, острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность.

Abstract

Cardiac troponins (troponin I, T, and C) play an important role in the regulation of the contractile function of the heart muscle, and mutations are associated with the development of various types of cardiomyopathies, which lead to heart failure. The determination of the concentration of cardiac troponins in the blood is used in the diagnosis of some cardiovascular diseases, including acute myocardial infarction, myocarditis, heart failure.

Keywords. Cardiac troponins, cardiomyopathy, laboratory diagnostics, acute myocardial infarction, heart failure.

Сердечные тропонины (тропонин T, I, C) являются белками, расположенными внутри клеток миокарда в составе тропонинового комплекса, связанного с белком тропомиозином. Основная функция тропонинов заключается в регуляции кальций-