

Современные подходы к диагностике и лечению тревожных расстройств

По материалам IV Международного инновационного симпозиума
YaltaNeuroSummit (13-16 сентября, г. Ялта)



Е.А. Хаустова

По своей природе кратковременная тревога является естественным защитным механизмом адаптации к нестандартным ситуациям. Однако при длительном персистировании тревожное состояние может значительно ухудшить качество жизни, нарушить трудовую и социальную деятельность человека. Тревожные расстройства являются одним из наиболее часто встречающихся вариантов пограничной психической патологии. По данным эпидемиологических исследований, распространенность этих психических нарушений на протяжении жизни (панического расстройства, агорафобии, социальной фобии) в среднем составляет 25%. В настоящее время с проблемой тревожных расстройств сталкиваются не только психиатры, но и специалисты общей медицинской практики. К сожалению, плохая информированность врача об особенностях диагностики этой патологии приводит к диагностическим ошибкам, вследствие чего пациенты с паническим расстройством годами наблюдаются по поводу несуществующей сердечно-сосудистой или бронхолегочной патологии.

Об особенностях диагностики и лечения тревожных расстройств рассказала старший научный сотрудник Украинского научно-исследовательского института социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, доктор медицинских наук Елена Александровна Хаустова.

— Как известно, тревожные расстройства в той или иной степени присутствуют при всех психических расстройствах. Психические, обсессивно-компульсивные и поведенческие расстройства сопровождаются ощущением тревоги разной степени выраженности.

Эти психические нарушения являются мультифакторной патологией. В их развитии большое значение имеют конституциональная нейросоматическая уязвимость, индивидуальные качества пациента, экономические и социальные ресурсы, наличие социальной поддержки и вредных привычек, состояние иммунной системы. Совокупность

этих факторов может приводить к развитию аффективных расстройств, с которыми пациент может справиться самостоятельно или обратиться за помощью к психиатру.

В соматической клинике врач может столкнуться с такими аффективными расстройствами, как страх, паника, тревога, депрессия, навязчивые мысли, обсессии, гипоманиакальные и маниакальные состояния, аутичность, состояние благодушия, гипертимность и эмоциональная неустойчивость.

Страх и тревога являются физиологическими адаптационными реакциями, которые могут многократно возникать на протяжении всей жизни. Несмотря на общность причинных факторов, эти состояния разнонаправлены. По своему определению страх — это внутреннее состояние, обусловленное внешней угрозой или объектом, в то время как тревога — это многокомпонентное отрицательно окрашенное чувство, выражающееся ощущением

неопределенности, ожидания негативных событий, трудноопределимыми предчувствиями или «страхом страха». Тревога может быть комбинацией нескольких эмоций — страха, печали, стыда, чувства вины.

Согласно классификации Дж. Вольфе существуют обусловленные, биологические и социальные страхи (страх критики, страх быть отвергнутым, страх начальства, страх новых ситуаций, страх сказать «нет» и др.). Именно последняя группа расстройств является бичом современного человека.

Одновременно с тревожными расстройствами у человека могут присутствовать и признаки депрессии. Во многом это связано с тем, что при депрессии и тревожных расстройствах затрагиваются те же морфологические структуры головного мозга, в частности миндалина, опорное ядро терминальной полоски, голубое пятно и гиппокамп. По данным различных зарубежных исследований, у 34-70% пациентов с тревожными расстройствами разной степени выраженности отмечались проявления депрессивного состояния.

Наличие у пациента подавленного настроения, необоснованного переживания, раздражительности, нервного напряжения и плохого сна говорит о тревожно-депрессивном расстройстве.

В последнее время частота этой патологии значительно повысилась, что связано с резким ростом алекситимии (неспособность выразить собственные чувства), быстрой и массовой урбанизацией, изменением стиля воспитания детей и подсознательным отказом взрослых от будущего.

Именно отсутствие социальной поддержки во многих случаях играет ведущую роль в формировании тревожно-депрессивных расстройств, что было продемонстрировано в исследовании National Institute of Environmental Health Science (2008). Отсутствие социальной удовлетворенности в течение месяца или более, негативные взаимодействия вызывают психологический дистресс и развитие как тревожных, так и депрессивных состояний.

В современной практике эти психические расстройства представлены несколькими большими группами: тревожные расстройства в рамках неврозов (неврастения, психастения), тревожные расстройства в сочетании с депрессивной симптоматикой (тревно-депрессивные расстройства), тревожные расстройства в рамках психосоматической патологии и тревожность при физиологическом старении или в результате воздействия хронического стресса.

Распространенность пограничных психических расстройств в общемедицинской практике колеблется от 51% при кардиологической патологии (ишемическая болезнь сердца — 20%, инфаркт миокарда — 30%) до 63% при расстройствах нервной системы (инсульт — 27%, мигрень — 10%).

Одним из наиболее опасных психических нарушений является генерализованное тревожное расстройство. При этой патологии

у пациента наблюдается постоянное напряжение, негативные предчувствия, пугливость, а также немотивированная озабоченность по разным жизненным причинам (качество выполненной работы, безопасность детей, финансовые вопросы). Кардинальной отличительной чертой пациентов с генерализованным тревожным расстройством является то, что они абсолютно не могут переносить неопределенность, поэтому пытаются трансформировать свою тревогу в другой аффект.

Также довольно часто в практике врача-невролога сталкивается со случаями соматизированной тревоги. Это состояние характеризуется появлением множественных повторяющихся клинически значимых соматических жалоб в драматизированном изложении у пациентов в возрасте до 30 лет с социальной или семейной дезадаптацией. Лица, испытывающие описанное состояние, обращаются за помощью к врачам разных специальностей, настаивают на проведении ряда обследований (в том числе и инвазивных) и часто прибегают к нетрадиционной медицине.

Согласно данным нашего исследования, целью которого было определить распространенность тревожных расстройств у разных категорий пациентов, у соматически здоровых людей наиболее часто встречалось генерализованное тревожное расстройство, а у пациентов с метаболическим синдромом преобладали панические расстройства. Интересно отметить, что длительность существования психических нарушений у здоровых людей была в 3 раза меньше, чем у пациентов с сопутствующей патологией.

Подобная завуалированность психических расстройств приводит к назначению большого количества лекарственных средств для устранения симптомов заболевания, а не воздействия на его основную причину.

Согласно данным исследования профессора Н.А. Маруты (2007), в котором анализировалось назначение препаратов, применяемых для лечения пациентов с тревожными расстройствами, в современной практике, к сожалению, наиболее часто используются растительные препараты, средства, содержащие барбитураты, транквилизаторы и снотворные.

На сегодняшний день препаратами выбора для лечения этой патологии являются анксиолитики. К этой группе препаратов относятся прямые агонисты гамма-аминомасляной кислоты А-бензодиазепинового рецепторного комплекса (производные бензодиазепина) и препараты разного химического строения (мембранные модуляторы ГАМК-А-бензодиазепинового рецепторного комплекса — мексидол, Афобазол; глутаматергические анксиолитики, серотонинергические анксиолитики, β-адреноблокаторы, метаболиты нуклеиновых кислот, вещества, влияющие на энергетический статус мозга, гормональные вещества, анксиолитики на основе нейропептидов и др.).

Первая группа препаратов действует на специфические бензодиазепиновые рецепторы,

ОРИГИНАЛЬНЫЙ

АФОБАЗОЛ®

препарат нового поколения от тревоги и стресса

- ✓ Эффективно, быстро и безопасно устраняет вегетативные и психические проявления тревоги у пациентов с соматической патологией
- ✓ Обладает нейротропными свойствами
- ✓ Повышает устойчивость в условиях стресса
- ✓ Улучшает память, внимание и работоспособность
- ✓ Нормализует сон

В УПАКОВКЕ 60 таблеток

НИЗКАЯ СТОИМОСТЬ КУРСА ЛЕЧЕНИЯ

АФОБАЗОЛ:
максимально безопасное средство от тревоги и стресса

- ✓ Не вызывает дневной сонливости, сохраняет привычный ритм жизни
- ✓ Без синдрома отмены и привыкания, подходит для длительного приема

Информация для профессиональной деятельности врачей и фармацевтов. Регистрационное свидетельство № UA/5497/01/01 от 22.11.2011. За дополнительной информацией обращайтесь в ООО "Универсальное агентство "ПРО-ФАРМА", г. Киев, ул. М.Котельникова,1, оф. 97

www.pro-pharma.com.ua

которые связаны с ГАМК-А-рецепторами и посредством аллостерической регуляции изменяют конфигурацию рецептора так, что его сродство с гамма-аминомасляной кислотой увеличивается. Обладая ГАМК-эргическим действием, они повышают эффективность эндогенной гамма-аминомасляной кислоты, облегчают ГАМК-эргическую передачу. Производные бензодиазепина действуют прежде всего на ретикулярную формацию, усиливая ее тормозящее влияние на другие отделы центральной нервной системы. Большое количество бензодиазепиновых рецепторов находится в лимбической системе, стволе и коре головного мозга, спинном мозге, мозжечке, что обуславливает анксиолитическое, противосудорожное, миорелаксирующее и атаксическое действие прямых агонистов ГАМК-А-бензодиазепинового рецепторного комплекса.

Однако препараты этой группы имеют широкий спектр побочных эффектов – синдром отмены, синдром отдачи, привыкание, миорелаксацию, дневную сонливость, атаксию, стойкое нарушение памяти или концентрацию внимания.

На сегодняшний день на украинском фармацевтическом рынке существует анксиолитик нового поколения, который практически лишен всех вышеперечисленных отрицательных моментов, – селективный анксиолитик небензодиазепинового ряда Афобазол. Этот препарат вызывает миграцию σ_1 -рецепторов из эндоплазматического ретикулума на наружную мембрану клетки, что способствует восстановлению фосфолипидного состава клеточных мембран, нарушающегося при патологических процессах. Таким образом, Афобазол восстанавливает естественную реакцию организма на стресс. При приеме этого препарата на фоне уменьшения тревоги отсутствует нарушение когнитивных функций. Помимо анксиолитического действия он оказывает вегетотропный и антиастенический эффект. В отличие от препаратов бензодиазепинового ряда Афобазол не обладает аллергизирующими свойствами, репродуктивной токсичностью, мутагенной активностью, иммунотоксическим эффектом.

Противопоказаниями к применению препарата являются период беременности и лактации, индивидуальная непереносимость препарата, возраст до 18 лет, так как действие препарата у этой категории лиц до настоящего времени не изучалось.

Показаниями к применению Афобазола служат генерализованное тревожное расстройство, невротические расстройства при соматических заболеваниях, сопровождающиеся тревогой, страхом, беспокойством, эмоциональной лабильностью, неврастения и расстройства адаптации.

Препарат применяется перорально в дозировке 10 мг 3 раза в день. Длительность курсового лечения составляет 2-6 нед. При необходимости его суточная доза может быть увеличена до 60 мг. Эффект наступает на 3-4-й день от начала лечения, а максимальный эффект достигается к концу 4-й недели.

Ряд исследований, проведенных как российскими, так и украинскими учеными, подтверждают эффективность Афобазола в устранении тревоги, раздражительности, плаксивости, чувства беспокойства, страха, купировании психических и соматических компонентов тревоги. Исследование А.С. Аведисовой (2006), в котором проводилось сравнение эффективности и безопасности этого препарата и диазепамов, показало, что Афобазол не имеет побочных эффектов, свойственных другим анксиолитикам, в частности не вызывает дневной сонливости, миорелаксации, симптомов отмены и зависимости от препарата.

Таким образом, Афобазол – идеальный препарат для активных людей с высоким темпом повседневной деятельности с поверхностными проявлениями тревожных расстройств. Этот препарат особенно показан пациентам с преимущественно астеническими личностными чертами в виде тревожной мнительности, неуверенности, повышенной ранимости и эмоциональной лабильности, склонных к пассивному фенотипу эмоционально-стрессовой реакции.

Подготовила **Анастасия Лазаренко**

Т.К. Ботабекова, д.м.н., профессор, генеральный директор Казахского научно-исследовательского института глазных болезней

Новые возможности контроля офтальмотонуса в раннем послеоперационном периоде

Проведение традиционной контактной роговичной тонометрии невозможно в раннем послеоперационном периоде после внутриглазных операций, в случаях индивидуальной непереносимости анестетиков, введение которых необходимо для осуществления процедуры измерения внутриглазного давления (ВГД), кроме того, не исключается риск инфицирования глаза. Результаты бесконтактной роговичной тонометрии в послеоперационном периоде неинформативны в связи с тем, что на показатели влияет наличие послеоперационного астигматизма, отека и рубцов роговицы. К недостаткам пальпаторного метода относятся субъективизм, неопределенность результатов при умеренном изменении офтальмотонуса.

Для изучения возможностей и особенностей транспальпебральной склеральной тонометрии в раннем послеоперационном периоде после внутриглазных операций проведено дооперационное и послеоперационное обследование 103 человек (средний возраст $67,5 \pm 0,92$ года), прооперированных по поводу катаракты без сочетания патологии с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ). За сутки до хирургического вмешательства пациенты принимали 0,5 г диакарба с профилактической гипотензивной целью. Непосредственно перед операцией были проведены стандартное обследование, дополнительно – тонометрия транспальпебральным индикатором ИГД-02 (Государственный Рязанский приборный завод) и бесконтактным тонометром. В послеоперационном периоде измерение ВГД проводили через 2-4, 24 и 48 ч.

Всего проведено: факоэмульсификаций катаракты с ИОЛ – на 44 (43%) глазах, тоннельных экстракапсулярных экстракций катаракты с ИОЛ – на 58 (56%) глазах и в 1% случаев ИОЛ не имплантировали. Клиническое течение послеоперационного периода с первых суток, в основном, было ареактивным: глаза спокойны, роговица прозрачна, экссудативных явлений во влаге передней камеры и на ИОЛ не наблюдалось. В 91,8% случаев не зарегистрировано послеоперационной гипертонии. Результаты тонометрии представлены в таблице.

Накануне операции пациентам проводят гипотензивную терапию, после которой отмечается снижение тонометрического ВГД. В первые часы после операции сохраняются относительно стабильные показатели давления. Со вторых суток прослеживается тенденция к повышению уровня тонометрического ВГД до исходного. Послеоперационная гипертония, которая развивается в 8,4% случаев, отмечается преимущественно на 2-3 сут, при этом показатели истинного ВГД, измеряемые бесконтактным тонометром, расценивались как недостоверные из-за диффузного отека роговицы. Уровень тонометрического давления, который измеряется индикатором ИГД-02, повышается до 28-35 мм рт. ст. Послеоперационная гипертония в таких случаях имеет транзиторный характер. После проведения местной и общей гипотензивной терапии ВГД возвращается к исходному уровню в среднем через 4-6 сут.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о достоверности и эксплуатационной надежности транспальпебрального индикатора ИГД-02. Благодаря его портативности и автономности появилась возможность проводить суточный мониторинг офтальмотонуса рационально, без потери информативности, а также осуществлять выбор оптимальной тактики лечения в послеоперационном периоде. Неинвазивность прибора существенно снижает риск инфицирования во время процедуры. Использование транспальпебрального индикатора ИГД-02 для определения ВГД в раннем послеоперационном периоде позволяет судить об эффективности лечебных мер в случаях развития офтальмогипертонии.

Таблица. Показатели тонометрии до и после проведения оперативных вмешательств

Тонометрическое давление ВГД, мм рт. ст.	До операции		После операции		
	исходное	на фоне приема гипотензивных препаратов	через 2-4 ч	спустя 24 ч	спустя 48 ч
Рт	20,3±0,16	15,07±0,73	14,6±0,59	18,6±2,4	19,95±0,5

diathera[®]
Измерение ВГД через веко



ОПЫТ • ДОВЕРИЕ • НАДЕЖНОСТЬ

- Более 30 клинических испытаний в РФ и странах СНГ
- Около 40 научных публикаций
- Более 10 наград на международных и отечественных выставках
- Экспортный вариант прибора:
 - успешные клинические испытания более чем в 15 странах мира (США, Финляндия, Испания, Германия, Индия и др.)
 - международные сертификаты CE 0535 (Евросоюз), FDA (США) и др.

Безопасное и быстрое измерение ВГД?
Транспальпебральная тонометрия!

Оптимальный прибор для скрининга?
Индикатор ИГД-02 diathera!

Уникальной методике 16 лет!



Альтернативы нет!



ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
РЯЗАНСКИЙ
ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД

390000, Россия,
г. Рязань, ул. Семинарская, 32
тел.: (4912) 29-84-53 (многоканальный)
факс: (4912) 29-85-16
e-mail: info@grpz.ru

WWW.GRPZ.RU

Представитель в Украине
«МЕДТЕХНАБ»

г. Киев тел.: (044) 492-94-30, 494-41-10

Информация для профессиональной деятельности специалистов в области здравоохранения.