

В.І. Коростій, д.м.н., професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету

Надання медичної допомоги пацієнтам із тривожно-фобічними розладами

Тривожно-фобічні розлади є одним із поширених варіантів психічної патології, які відносяться до групи невротичних розладів, тобто до психогенно зумовлених хворобливих станів, що характеризуються різноманітним клінічним проявом.

Поширеність тривожних розладів у популяції досягає 6,5%, у загальномедичній мережі – до 15%. За даними різних епідеміологічних досліджень, поширеність тривожних розладів протягом життя становить до 25%. Пацієнти із тривожним розладом, який розвинувся вперше, найчастіше звертаються за допомогою до лікарів загальної медичної практики, а низька інформованість останніх щодо особливостей клінічних проявів і терапії тривожних розладів призводить до помилкової установки діагнозу й відсутності диференційованої терапії. Труднощі діагностики та лікування обумовлені різними видами тривоги у соматичних хворих, а також складним патогенезом тривожних розладів – одночасним впливом соматогенних та психогенних причин, атипівністю симптоматики, психосоматичними кореляціями, соматичним атрибутивним стилем, хвилеподібним перебігом, а також підвищеним ризиком розвитку побічних ефектів під час психофармакотерапії або внаслідок взаємодії психотропних і соматотропних засобів. Разом із тим своєчасне лікування тривожних симптомів дає змогу не тільки поліпшити соціальну адаптацію пацієнтів, а й зменшити ризик розвитку або прогресування соматичної патології, коморбідної з тривожним розладом. За даними плацебо контрольованого дослідження ONSET (M. Mittelman, 1995), наявність підвищеної тривожності збільшує ймовірність нефатального інфаркту міокарда в середньому в 2,3 раза. Результати інших досліджень показали, що наявність підвищеної тривожності збільшує ризик раптової смерті в 4,5 раза. Можливо, це обумовлено характерними для тривоги активацією симпатичної нервової системи і порушенням вагусного тону, які призводять до розвитку шлуночкових аритмій; відхиленнями атерогенного профілю ризику у тривожних пацієнтів з ішемічною хворобою серця.

Згідно МКХ-10 тривожні розлади поділяються на власне тривожно-фобічні (агорафобія, фобія соціальна та специфічна), так звані інші тривожні розлади (панічний розлад, генералізований тривожний розлад, змішаний тривожно-депресивний розлад), а також обсесивно-компульсивні розлади, реакції на важкий стрес і розлади адаптації (у тому числі посттравматичний стресовий розлад). Останні три нозології мають складну клінічну картину, їх лікування відноситься переважно до компетенції психіатра.

Сучасні алгоритми терапії тривожних розладів сформовані на принципі поетапної допомоги та наступності лікування в першій і другій лінійках допомоги. За відсутності відповіді пацієнта на терапію в алгоритмі дається рекомендація звернутись за «другою думкою» з питань діагностики та лікування, у разі повторної відсутності відповіді на терапію лікування інтенсифікується, а за наявності стійкої терапевтичної резистентності рекомендується розпочинати реабілітаційні заходи і навчати пацієнта жити з обмеженнями. Крім цього, передбачено противоречиву профілактику після успішного відновлення в результаті психологічного або фармакологічного лікування. Кожен алгоритм лікування виступає в поєднанні з так званою базовою інтервенцією. Так, для депресії це завжди психоосвіта щодо цього розладу, з особливою увагою до структурування розпорядку дня і форм подальших контактів. Для тривожних розладів (тобто панічних і посттравматичних стресових розладів) базовою інтервенцією є психоосвіта, активація та протидія униканню. У кожному алгоритмі також присутні так звані інтервенції першого ступеня втручання. Це інтервенції низької інтенсивності (у разі легких форм розладів). Так, під час депресії рекомендовані бібліотерапія (самопоміччя, в т. ч. допомога електронних клубів із таких проблем), активуючий супровід, фізичні навантаження, консультування та психосоціальні інтервенції. Для панічних розладів – консультування / психосоціальна допомога та спрямована самопоміччя. Терапевт разом із пацієнтом визначає, яким буде лікування: складатиметься з базових інтервенцій у поєднанні з когнітивною психотерапією чи з базових інтервенцій у поєднанні з психофармакологічним засобом.

Діагностика тривожно-фобічних розладів

Клінічні симптоми тривожних розладів поділяються на загальні та специфічні. До загальних тривожних симптомів відносяться психічні та вегетативні ознаки, що свідчать про характерні полісистемні соматичні порушення. Специфічні симптоми, які стосуються виду формування та перебігу тривоги, визначають конкретний тип тривожного розладу, для якого властива складна психопатологічна структура, що складається з приступоподібних та постійних проявів. Як правило, пацієнти страждають від чотирьох і більше симптомів, які входять до цього переліку:

- **вегетативні симптоми:**
 - посилене чи прискорене серцебиття або почастішання пульсу;
 - пітливість;
 - відчуття нестачі повітря або задухи;
 - відчуття задухи;
 - біль або дискомфорт у грудях;
 - нудота або шлунково-кишкові розлади;
 - почуття запаморочення, нестійкості, що наближається до непритомності;
 - парестезії (відчуття оніміння або поколювання);
 - озноби або припливи жару;
- **когнітивні симптоми:**
 - дереалізація або деперсоналізація;
 - страх втрати контролю або зійти з розуму; страх смерті;

• **рухові симптоми:**

- тремор або внутрішнє тремтіння.

Тривожно-фобічні розлади (F40) – група розладів, під час яких виникнення тривоги пов'язане з конкретними ситуаціями або об'єктами, які на цей момент не є небезпечними, але переживаються з почуттям страху або уникаються хворими.

Агорафобія (F40.0) – боязнь відкритих просторів, транспорту, натовпу. Порушення може провокуватися поїздом у метро, перебуванням у магазині, натовпі, ліфті, літаку, театрі, кінозалі тощо. Страх супроводжується вегетативними симптомами (сухістю в роті, тахікардією, профузним спінінням, тремором), торакоабдомінальними симптомами (задишкою, задухою, біллю у грудях, нудотою, дискомфортом у шлунково-кишковому тракті), психічними симптомами (дереалізацією, деперсоналізацією, страхом втратити над собою контроль). Хворі намагаються уникати ситуацій, коли вони можуть залишитися без супроводу близької людини в місцях, звідки їм важко вийти самостійно. Деякі пацієнти не залишають домівки, боячись повторень нападів страху, що порушує їхній життєвий стереотип і соціальну адаптацію; іноді хворі відмовляються від будь-якої діяльності поза домом.

Клінічні діагностичні критерії:

1. Початок хвороби частіше в молодому віці.
2. Частіше зустрічається у жінок.
3. Початок вегетативних або психологічних симптомів.
4. Тривога обмежена наявністю конкретних ситуацій або можливістю їх виникнення.
5. Страх перебування в місцях або ситуаціях, вихід із яких може бути ускладнений або де неможливо надати допомогу.
6. Уникання фобічних ситуацій аж до зміни життєвого стилю.
7. Наявність панічних атак із порушенням дихання, серцебиттям, задишкою, пітливістю, тремтінням, парестезіями, приливами жару або холоду, дискомфортом у грудній клітці, страхом смерті, страхом збожеволіти.

Психологічні діагностичні критерії:

1. Наявність інтрапсихічного конфлікту невротичного типу різного ступеня вираженості:
 - група методик, що характеризують особливості самооцінки та співвідношення її з рівнем домагань у значимій діяльності;
 - методики визначення локуса контролю;
 - методики, що визначають тип ставлення хворого до хворобливих проявів;
2. Наявність підвищеного рівня тривожності – група методик, яка об'єктивізує рівень тривожності.
3. Наявність преморбідних особистісних особливостей: психапеоеїдних особистісних радикалів; тривожних і (або) емотивних особистісних радикалів – групи опитувальників, які визначають тип, виразність і спрямованість акцентуацій характеру і темпераменту.

Параклінічні методи дослідження. Для цієї нозологічної форми специфічні зміни у показниках електроенцефалограми (ЕЕГ), реоенцефалограми (РЕГ), біохімічних дослідженнях не виявляються; особливо важливе значення

в діагностиці мають психологічні методи дослідження. Суттєве значення мають параклінічні методи для виключення соматичних захворювань.

Соціальні фобії

(F40.1) – характеризується боязню однієї або декількох соціально небезпечних ситуацій, у яких люди відчувають страх підвищеної уваги з боку інших осіб, боязнь опинитися в центрі уваги, замішання і сором у присутності оточуючих. Соціальні фобії маніфестують зазвичай у підлітковому та юнацькому віці й провокуються особливими ситуаціями в школі – відповіддю біля дошки, складанням іспиту, необхідністю виступати на сцені, необхідністю контактувати з учителями, вихователями, особами протилежної статі. Спілкування з близькими страху не викликає. Хворі бояться ситуацій, коли їм потрібно вчинити будь-яку дію в присутності сторонніх, передбачається можливість негативної оцінки цих дій. Такі пацієнти намагаються не відвідувати вечірки, бояться говорити, писати у присутності сторонніх, користуватися громадським туалетом. Хворі побоюються, що навколишні помітять цей страх і будуть насміхатися над ними, при цьому ставлення до страху у них завжди критичне, але позбутися його не можуть, що призводить до заниженої самооцінки.

Клінічні діагностичні критерії:

1. Розпочинаються в підлітковому віці.
2. Концентрація страху з боку оточуючих у порівняно малих групах людей.
3. Однаково часто зустрічаються як у чоловіків, так і у жінок.
4. Уникнення психотравмуючих ситуацій аж до повної соціальної ізоляції.
5. Фобії ізолювані (страх публічних виступів, боязнь приймання їжі на людях тощо) або дифузні.
6. Поєднання соціальних фобій із заниженою самооцінкою й страхом критики.
7. Поєднання соціальних фобій із вегетативними порушеннями (почервонінням особи, тремором рук, нудотою, позивами до сечовипускання).

Психологічні, параклінічні діагностичні критерії такі самі, як у разі агорафобії (F40.0).

Специфічні (ізолювані) фобії (F40.2) – страх, обмежений строго визначеними ситуаціями (фобія висоти, грози, темноти, прийому їжі, польоту). Зіткнення з предметом, який викликає фобію, посилює тривогу, тому для хворих характерне уникання фобічних ситуацій та об'єктів. Окрім нав'язливих страхів, хворим притаманні обсесії (нав'язливі думки) та імпульсії (нав'язливі дії). Включають: фобії тварин; клаустрофобію; акрофобію; фобію іспитів; просту фобію.

Клінічні діагностичні критерії:

1. Частіше виникають у дитячому або молодому віці.
2. Характеризуються активацією сильної тривоги в конкретній ситуації.
3. Стійкий страх перед однією чи декількома ситуаціями.
4. Тенденція до уникання ситуацій, які викликають фобію.
5. Зниження повсякденної активності залежно від того, наскільки важко уникнути ситуацій, взаємовідносин із людьми.
6. Вегетативні симптоми.

Психологічні, параклінічні, діагностичні критерії такі самі, як і за наявності агорафобії (F40.0).

Інші тривожні розлади (F41). У цих рубриках розглядаються розлади, за яких тривога не обмежується певною ситуацією, а є головним симптомом захворювання. У клінічній картині спостерігаються ще й депресивні та обсесивні симптоми, а також деякі елементи фобічної тривоги (але вони є чітко вторинними та менш важкими).

Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога) (F41.0) – повторні приступи важкої тривоги (паніки), які не обмежуються певною ситуацією або обставинами і непередбачені. Тривога з'являється раптово, досягає максимуму за кілька хвилин, супроводжується вегетативними розладами. Швидко формується страх очікування повторних приступів, які хворі намагаються приховати. Якщо протягом місяця спостерігається кілька нападів, то це панічний розлад середньої тяжкості – F41.00, якщо до 4 нападів на тиждень, то це тяжкий панічний розлад – F41.01.



В.І. Коростій

Клінічні діагностичні критерії:

- Серцебиття, біль у грудях, відчуття задухи, запаморочення, відчуття нереальності.
- Вторинний страх смерті, втрати самоконтролю, або боязнь божевілля.
- Тривалість атак – кілька хвилин, іноді довше, частота різна.
- Панічна атака призводить до постійного страху виникнення іншої атаки.
- Стан між атаками порівняно вільний від тривожних симптомів.

Психологічні діагностичні критерії:

- Наявність елементів емоційної дезорганізації діяльності – методики дослідження уваги, мислення і пам'яті, які дають можливість об'єктивізувати знижену (під час генералізованого тривожного розладу) або коливну (у разі панічних тривожних розладів) спроможність до осмислення, розуміння і зосередженості; а також виявити спад загального рівня розумової працездатності (за наявності тривожно-депресивного розладу).

- Тип сполучення рівнів ситуативної (реактивної) тривожності та особистісної тривоги:

- група методик, що об'єктивізують співвідношення рівнів тривоги й тривожності: для панічних (епізодичних) розладів рівень реактивної тривожності є вищим за рівень особистісної тривоги; для генералізованих тривожних розладів рівні приблизно однакові; для тривожно-депресивного розладу рівень особистісної тривоги є вищим за рівень ситуативної тривожності;

- показники рівня тривоги й тривожності проєктивних методик.

Генералізований тривожний розлад (F41.1) – стан, який має хронічний характер і супроводжується надмірною тривогою та занепокоєнням, нерідко беззмстовним, почуттям внутрішньої напруги та вегетативними симптомами, інтенсивність яких менша, ніж за панічного розладу. Хворі відчують внутрішню дрож, вони є полохливими, у всіх справах передбачають найгірший результат. Пацієнти є нетерплячими, дратівливими, суетними.

Клінічні діагностичні критерії:

- Частіше зустрічається у 20-річних осіб, але може бути й в іншому віці.
- Частіше у жінок, ніж у чоловіків (2:1).
- Підвищена тривожність і занепокоєння про майбутнє своє та близьких.
- Тривалість розладу не менше декількох тижнів, частіше – місяців.
- Моторна напруга (тремтіння, посмикування, відчуття ознобу, неможливість розслабитися, головний біль, почуття хвилювання, неможливість зосередитися).
- Вегетативна гіперактивність (пітливість, тахікардія або тахіпноє, запаморочення, сухість у роті, слабкість, епігастральні розлади, гіперемія, утруднене ковтання).
- Відчуття напруженості.
- Перебільшенасторожкість.
- Порушення сну.
- Дратівливість.

Психологічні діагностичні критерії:

- Наявність елементів емоційної дезорганізації діяльності (методики дослідження уваги, мислення і пам'яті), які дозволяють об'єктивізувати знижену (за генералізованого тривожного розладу) або коливну (під час панічних тривожних розладів) спроможність до осмислення, розуміння та зосередження; а також ті, за якими можна виявити зниження загального рівня розумової працездатності (у разі тривожно-депресивного розладу).

- Тип сполучення рівнів ситуативної (реактивної) тривожності та особистісної тривоги:

- група методик, що об'єктивізує співвідношення рівнів тривоги і тривожності: для панічних (епізодичних) розладів рівень реактивної тривожності є вищим за рівень особистісної тривоги; для генералізованих тривожних розладів рівні приблизно однакові; для тривожно-депресивного розладу рівень особистісної тривоги є вищим за рівень ситуативної тривожності;

- показники рівня тривоги та тривожності проєктивних методик.

Змішаний тривожний і депресивний розлади (F41.2) – стани, за яких депресивний і тривожний компоненти виражені недостатньо, та жоден з них не домінує над іншим. Ці порушення супроводжуються вегетативними розладами й виникають у психогенних ситуаціях.

Клінічні діагностичні критерії:

- Наявність тривоги і депресії рівного та не дуже інтенсивного ступеня виразності (легка або нестійка).
- Вегетативні симптоми – тремор, серцебиття, сухість у роті, бурління в животі.

Обсесивно-компульсивний розлад (F42) – розлад, що характеризується обсесивними думками або компульсивними діями, які повторюються.

Клінічні діагностичні критерії:

- Початок розладу в дитячому або юнацькому віці.
- Перебіг, як правило, хронічний.
- Зустрічається однаково часто як у чоловіків, так і у жінок.

- Діагноз встановлюється за умови нав'язливих думок або дій упродовж переважної кількості днів за період 2 тижнів.

- Нав'язливі думки і дії є джерелом дистресу та порушення активності.

- Повторюваність і стійкість ідей, думок, способів або потягів, що у стереотипній формі спадають на думку.

- Тяжкість випробуваних думок внаслідок агресивності, непристойності або безглуздості.

- Розуміння, що ці думки є власними, а не привнесеними ззовні.

- Спроби ігнорування або зменшення інтенсивності думок, спроби нейтралізувати їх іншими думками або діями, як правило, безуспішні.

- Часто мають місце вегетативні симптоми тривоги.

- Характерні тяжкі відчуття внутрішньої або психічної напруги.

Психологічні діагностичні критерії:

- Наявність або відсутність підвищеного рівня тривожності:

- методики, що об'єктивізують рівень тривожності (для обсесивно-компульсивних розладів рівень особистісної тривожності є вищим за рівень ситуативної тривоги);

- спеціальні показники тривожності та тривоги проєктивних методик.

- Наявність високого рівня виснаження за гіперстенічним типом:

- групи методик, які досліджують психометричні характеристики сенсомоторних функцій та уваги.

- Наявність преморбідних радикалів психостеноїдного, тривожного або емотивного типу – групи опитувальників, що визначають тип, виразність і спрямованість акцентуацій характеру і темпераменту.

Переважаю нав'язливі думки або міркування (F42.0) – розлади, що характеризуються наявністю повторюваних і стійких ідей, думок, уявлень – різних за змістом, але неприємних для суб'єкта. Нав'язливі думки виникають у хворого мимоволі, сприймаються ним як чужі, абсурдні, він намагається їм протистояти. Обсесії частіше бувають у вигляді сумнівів, контрастної нав'язливості, нав'язливого страху забруднення. У разі нав'язливих сумнівів пацієнтів переслідують думки про правильність прийнятих рішень і дій. Нав'язлива уповільненість є важкою перешкодою в будь-якій повсякденній діяльності, розтягуючи в часі найпростіші дії – одягання, приймання їжі, гоління. Часто спостерігаються нав'язливі рахунок, повторення, педантизм, підвищена ретельність, розвиваються різні ритуали рахунку, наприклад «хороших» і «поганих» чисел. Надзвичайно неприємними є контрастні нав'язливості, коли у хворих з'являються неперехресні погляди на виконання дії чи вимовляння фрази, яка суперечить їхнім власним установкам і загальноприйнятій моралі. Ці думки викликають страх втрати контролю над собою та можливого скоєння небезпечних для себе і для інших дій. Нав'язливі думки супроводжуються почуттям відчуженості, яскравою афективною насиченістю, поєднуються з нав'язливими потягами і діями. Нав'язливі сумніви супроводжуються частою перевіркою власних дій.

Клінічні діагностичні критерії:

- Початок у дитячому або юнацькому віці.
- Перебіг, як правило, хронічний.
- Зустрічаються однаково часто як у чоловіків, так і у жінок.

- Діагноз встановлюється за умови наявності нав'язливих думок або дій упродовж переважної кількості днів за 2 тиж.

- Нав'язливі думки та дії є джерелом дистресу й порушення активності.

- Повторювані та стійкі ідеї, думки, філософські міркування, що сприймаються як нав'язливі та безглузді.

- Розуміння, що нав'язливі думки не привнесені зовні, а продукт власного розумування.

- Незалежно від характеру думок, їх змісту вони завжди неприємні для хворого.

- Безуспішні спроби проігнорувати або приглушити нав'язливі думки або нейтралізувати їх іншими думками.

- Часто існують у поєднанні з відчуттям провини або симптомами депресії.

Переважаю компульсивні дії (F42.1) – розлади, що характеризуються усвідомленою, стандартизованою та рецидивуючою поведінкою, такою як рахування, перевірка або уникання. Нав'язливі дії майже не зустрічаються ізольовано. Вони іноді бувають у вигляді ізольованих, моносимптомних рухових розладів, переважно тиків. Хворі трясуть головою, рухають руками, кліпають очима.

Клінічні діагностичні критерії:

- Імпульси впроваджуються інтенсивно й наполегливо у свідоме сприйняття суб'єкта.

- Повторювана і цілеспрямована поведінка, що здійснюється на основі обсесії чи за певними правилами або в стереотипному вигляді.

- Поведінка, спрямована на нейтралізацію чи попередження дискомфорту або окремих ситуацій, які лякають хворого, причому активність не пов'язана з реальною можливістю нейтралізувати або попередити ситуацію.

- Розуміння неадекватності та нерозумності поведінки.

- Компульсії обумовлюють сильні страждання і тривають довго, значно заважають звичайному повсякденному життю хворого, його професійній діяльності, соціальному життю.

- Поєднання ритуальних дій із нерішучістю і повільністю. **Змішані обсесивні думки та дії (F42.2)** – розлади, що характеризуються як наявністю обсесивного мислення, так і компульсивної поведінки.

Клінічні діагностичні критерії:

- Наявність нав'язливих думок і дій, виражених в однокій мірі.

- Депресія.

- Дистимія.

Психологічні діагностичні критерії:

- Наявність або відсутність підвищеного рівня тривожності:

- методики, що об'єктивізують рівень тривожності (для обсесивно-компульсивних розладів рівень особистісної тривожності є вищим за рівень ситуативної тривоги);

- спеціальні показники тривожності та тривоги проєктивних методик.

- Наявність високого рівня виснаження за гіперстенічним типом – групи методик, що досліджують психометричні характеристики сенсомоторних функцій та уваги.

- Наявність преморбідних радикалів психастеноїдного, тривожного або емотивного типів – групи опитувальників, що визначають тип, виразність і спрямованість акцентуацій характеру та темпераменту.

Лікувальна програма

1. Психотерапія є основним методом у складному терапевтичному комплексі, спрямована на зміну порушеної системи відносин хворого, корекцію неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки.

- Когнітивно-поведінкова психотерапія:** частота проведення – 3 рази на тиждень, тривалість 2-3 міс;

- мета:** когнітивна терапія – раціональні впливи, спрямовані на виправлення когнітивних похибок; поведінкова – систематична десенсибілізація;

- методика:** повторне і систематичне занурення в ситуації, які провокують тривогу, у поєднанні з відчуженістю від більш загрозливих;

- форми:** індивідуальна, групова (у закритих групах);

- частота:** 1-5 разів на тиждень, тривалість одного заняття 1-1,5 год;

- тривалість:** стаціонарного періоду 3-4 тиж, амбулаторного лікування – до 6 міс.

- Індивідуально-особистісно-орієнтована психотерапія:**

- мета:** виявлення і вивчення етіопатогенетичних механізмів, які сприяють виникненню невротичного стану, досягненню у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями системи відносин і захворюванням; зміна відносин хворого, корекція неадекватних реакцій та форм поведінки;

- методики:** групова дискусія, психодрама, психогімнастика, проєктивний малюнок, музикотерапія, рухова терапія;

- форми:** індивідуальна, групова у відкритих та закритих групах;

- частота:** 1-5 разів на тиждень, тривалість 1 заняття 1-1,5 год;

- тривалість:** стаціонарного періоду 3-4 тиж, амбулаторного лікування – до 6 міс.

- Аутогенне тренування:**

- мета:** розвиток і зміцнення процесу саморегуляції, самоконтролю і самовладання, навички релаксації;

- методики:** амбулаторно 1 ступінь класичного аутогенного тренування за Шульцем, репродуктивне тренування (модифікація А.Г. Панова та співавт., 1980); в умовах стаціонару (модифікація М.С. Лебединського і Т.Л. Бортник, 1965);

- форми:** навчання індивідуально та в закритих групах, самостійні тренування;

- частота:** в умовах стаціонару щодня 1 заняття з лікарем та 2 заняття самостійно, тривалість 1 заняття 0,5 год; амбулаторно 2-3 заняття на тиждень;

- тривалість** у стаціонарі 1 міс; амбулаторно 3 міс, у подальшому можливе постійне самостійне використання аутогенного тренування.

- Гіпно́терапия:**

- мета:** розслаблення, седация емоційних порушень, відновлення настрою;

- методики:** навіювання по Іванову, подовжена гіпно́терапія за Рожновим, гіпно́відпочинок за Платоновим, фракційний гіпно́з, ступінчастий активний гіпно́з за Кречмером;

- форми:** індивідуально та в відкритих групах;

- частота:** щодня, тривалість одного сеансу 1-2 год;

- тривалість:** 8-10 сеансів.

- Медикаментозне лікування** використовується у комплексній терапії у разі неефективності психотерапії.

- 2.1. Селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС):**

- препарати першого вибору у разі агорафобії, панічного розладу, соціофобії, генералізованого тривожного розладу,

Продовження на стор. 30.

Надання медичної допомоги пацієнтам із тривожно-фобічними розладами

Продовження. Початок на стор. 28.

тривожно-депресивного розладу, obsесивно-компульсивного розладу із мінімальними побічними ефектами;

- початок лікування від мінімальних доз із поступовим їх підвищенням;
- доцільне призначення анксиолітика у перші 2-4 тиж лікування;
- побічні ефекти: посилення тривоги, порушення сну, нудота, які виникають на початковій стадії лікування;
- відміна шляхом поступового зниження дози для попередження синдрому відміни (окрім флуоксетину).

Назва препарату	Разова доза, мг	Добова доза, мг	Кратність прийому, разів на добу	Тривалість лікування, діб
Сертралін	50-100	50-100	1	180
Пароксетин	20-40	20-40	1	180
Есциталопрам	10-40	10-40	1	180
Флуоксамін	100	100-200	1	180
Флуоксетин	20-40	20-40	1	180

2.2. Інгібітори зворотного захвату серотоніну та норадреналіну (ІЗЗСН):

- препарати першого вибору у разі агорафобії, панічного розладу, соціофобії, генералізованого тривожного розладу, тривожно-депресивного розладу, obsесивно-компульсивного розладу із мінімальними побічними ефектами за малих та середніх доз та можливістю підвищення дози для досягнення норадренергічного ефекту у разі необхідності;

- початок лікування з мінімальних доз із поступовим підвищенням;
- доцільне призначення анксиолітика в перші 2-4 тиж лікування;
- побічні ефекти (посилення тривоги, порушення сну, нудота), які виникають на початковій стадії лікування, підвищення потовиділення та рівня артеріального тиску у разі прийняття високих доз;
- відміна шляхом поступового зниження дози для попередження синдрому відміни.

Назва препарату	Разова доза, мг	Добова доза, мг	Кратність прийому, разів на добу	Тривалість лікування, діб
Венлафаксин	75-280	150-300	1-2	180
Мілнаципран	25-50	50-100	1-2	180

2.3. Інші препарати нового покоління

Назва препарату	Разова доза, мг	Добова доза, мг	Кратність прийому, разів на добу	Тривалість лікування, діб
Агомелатин	25-50	25-50	1-2	180
Тіанетин	12,5	37,5-50	3	180
Міртазапін	15-30	30-60	2	180

2.4. Інгібітори моноаміноксидаз:

- призначаються тільки у разі неефективності препаратів першого вибору (СІЗЗС, ІЗЗСН);
- не призначаються в амбулаторній практиці у зв'язку з високою частотою тяжких побічних ефектів;
- під час лікування тривожно-фобічних розладів використовуються тільки інгібітори MAO оборотної дії;
- початок лікування від мінімальних доз із поступовим підвищенням;
- побічні ефекти: ортостатична гіпотензія, порушення сну, симпатоадреналові кризи (сирний синдром).

Назва препарату	Разова доза, мг	Добова доза, мг	Кратність прийому, разів на добу	Тривалість лікування, діб
Піріллідол	25-50	100-300	2	180

2.5. Трициклічні антидепресанти:

- призначаються тільки у разі неефективності препаратів першого вибору (СІЗЗС, ІЗЗСН);
- не призначаються в амбулаторній практиці у зв'язку з високою токсичністю у випадку суїцидальних дій;
- початок лікування від мінімальних доз із поступовим підвищенням;
- побічні ефекти: тремор, гіпергідроз, сухість у роті, диплопія, седация, порушення сечовиділення, ортостатична гіпотензія.

Назва препарату	Разова доза, мг	Добова доза, мг	Кратність прийому, разів на добу	Тривалість лікування, діб
Кломіпрамін	25-50	75-150	3	180
Амітриптилін	25-50	150-200	3	180

2.6. Анксиолітики:

- забезпечують швидкий ефект у разі ПР, соціофобії, генералізованого тривожного розладу;

- призначаються на період не більше 2-4 тиж у зв'язку із загрозою розвитку залежності.

Назва препарату	Разова доза, мг	Добова доза, мг	Кратність прийому, разів на добу	Тривалість лікування, діб
Діазепам	5-10	20-30	3	14-28
Гідазепам	20-50	60-150	3	14-28
Феназепам	0,5-1	1,5-3	1-3	14-28
Афобазол	10-20	30-60	3	14-28
Етифоксин	50	100-150	2-3	14-28
Азапірон	5-10	15-30	3	14-28
Тофізопам	50-100	150-300	2-3	14-28
Мєбікар	300-600	900-1800	3	14-28
Гідроксизин	25	50	2	14-28

2.7. Інші лікарські засоби

Назва препарату	Разова доза, мг	Добова доза, мг	Кратність прийому, разів на добу	Тривалість лікування, діб
Тіорідазин	10-25	30-100	2-3	30-60
Хлорпроксен	25-50	25-100	2	30-60
Сульпірид	50-200	50-400	1-2	30-60

2.8. Адреноблокатори

Назва препарату	Разова доза, мг	Добова доза, мг	Кратність прийому, разів на добу	Тривалість лікування, діб
Пропранолол	10-40	10-40	1-3	

Як видно з представленої лікувальної програми, серед психотропних засобів для лікування тривожних розладів транквілізатори є найбільш широко застосовуваними в умовах як стаціонарного, так і амбулаторного лікування. Ці препарати використовують також у практиці здорових людей для усунення негативних наслідків емоційного стресу. Як зазначає В.І. Бородин, від 10 до 15% населення в різних країнах світу раз на рік отримують рецепти на прийом того чи іншого транквілізатора. Особливо часто призначаються бензодіазепіни, які тривалий час приймають близько 2% населення. З урахуванням сказаного вище на сьогодні в психофармакології пріоритетне значення надається саме безпеці лікування, акцентується увага на важливості співставлення клінічної ефективності (користі від лікування) і небажаного ефекту, побічної дії або переносимості препаратів (ризик лікування).

Більшість ранніх класифікацій транквілізаторів ґрунтуються на особливостях хімічної будови, тривалості дії, клінічного застосування препаратів. Так, за кількістю застосовуваних лікарських засобів лідирують похідні бензодіазепіну, серед яких виділяють препарати тривалої дії (діазепам, феназепам, циназепам, нітазепам, флунітразепам), середньої тривалості дії (хлордіазепоксид, лоразепам, оксазепам, алпрозолам тощо) і короткої дії (мідазолам, тріазолам). До похідних дифенілметану відноситься бенаксизин, до похідних 3-метоксибензойної кислоти – тріоксазин, до ефірів заміщеного пропандіолу – мєпробамат, до похідних хінуклідину – оксилідин, до похідних азаспіродекандіону – буспірон.

Традиційно виділяють так звані денні транквілізатори, у яких переважає власне анксиолітична дія і мінімально виражені седативний, снодійний, міорелаксанти ефекти, – мєдазепам, тріоксазин, тофізопам; анксиолітична дія переважає і в таких препаратів, як гідазепам, тофізопам, дикалію клоразепат. Ці лікарські засоби можна призначати амбулаторно в денний час. Однак подібний підхід до класифікації не враховує механізм дії транквілізаторів, який є особливо важливим як для розуміння фармакокінетики і сутності побічної дії, так і для визначення основних напрямів розробки нового покоління препаратів. Прогресивні класифікації анксиолітиків на основі механізму дії починають з'являтися не тільки в наукових публікаціях, а й в останніх виданнях навчальної літератури з фармакології. Зокрема, професор Д.А. Харкевич класифікує найважливіші транквілізатори на агоністи бензодіазепінових рецепторів (діазепам, феназепам тощо), агоністи серотонінових рецепторів (буспірон) і препарати різного типу дії (бенаксизин тощо). Серед останніх привертає увагу група лікарських засобів, які є мембранними модуляторами ГАМК_A-бензодіазепінового рецепторного комплексу (Афобазол, мєксидол, адамантилбромфеніламін, тофізопам). За даними С.Б. Середеніна, у клінічних дослідженнях встановлено, що в астеничних пацієнтів із невротизмом спостерігається транквілоактивуюча, а в стеничних – транквілоседативна дія бензодіазепінів. У здорових добровольців із високою результативністю операторської діяльності в емоційно-стресовій

ситуації бензодіазепіни викликають седацию, а в разі дезорганізуючого впливу стресу – підвищення показників діяльності.

Залежність ефекту від фенотипу емоційно-стресової реакції має місце під час застосування препарату Афобазол. У цілому транквілізатори на відміну від інших психотропних засобів (нейролептиків, антидепресантів) характеризуються низьким ризиком тяжких побічних ефектів і хорошою переносимістю. В.І. Бородин виділяє такі основні побічні ефекти, які зустрічаються під час використання транквілізаторів: гіперседация – дозозалежна денна сонливість, порушення координації, уваги, забудькуватість тощо; міорелаксация – розслаблення скелетної мускулатури, що проявляється загальною слабкістю, слабкістю в окремих групах м'язів; так звана поведінкова токсичність – легке порушення когнітивних функцій і психомоторних навичок, що проявляється навіть у разі прийому малих доз препарату і визначається під час нейропсихологічного тестування; парадоксальні реакції – посилення агресивності та агітації (збудження), порушення сну, зазвичай завершуються спонтанно або після зниження дози; психічна і фізична залежність, що виникає під час тривалого застосування (6-12 міс безперервно), прояви якої нагадують невротичну тривогу. Зазначені побічні ефекти визначають необхідність розробки нових підходів до лікування тривожних розладів із використанням фармакологічних засобів нового покоління. У цьому відношенні привертає увагу застосування препарату Афобазол.

Афобазол не є агоністом бензодіазепінових рецепторів, що є інноваційною складовою його механізму дії. У той же час прийом цього лікарського засобу перешкоджає розвитку мембранозалежних змін у ГАМК_A-бензодіазепіновому рецепторному комплексі, які спостерігаються під час формування тривоги та емоційно-стресових реакцій і призводять до зниження доступності бензодіазепінової рецепторної ділянки до відповідного ліганду. Афобазол поєднує виражений анксиолітичний, вегетостабілізуючий і помірно виражений активуючий ефекти. Анксиолітична дія препарату не супроводжується гіпноседативними ефектами (седативна дія виявляється в Афобазолі в дозах, які в 40-50 разів перевищують ED₅₀ для анксиолітичної дії). У цього лікарського засобу відсутні міорелаксанти властивості, негативний вплив на показники пам'яті й уваги. Під час його застосування не формується мєдікаментозна залежність і не розвивається синдром відміни, що дозволяє віднести цей препарат до безрецептурних засобів. До переваг використання Афобазолу слід віднести широкий спектр ефективності щодо всіх видів тривожних розладів; поєднання антиоксидантної та мембранопротекторної дії (інгібітор перекисного окислення ліпідів і дофаміну, модулятор мембраноз'язаних ферментів і рецепторних комплексів – бензодіазепінового, ГАМК, ацетилхолінового); швидкий клінічний ефект (4-7 днів); створення стабільної концентрації препарату в крові (відсутність провалів і піків); здатність селективно зменшувати тривогу, не викликаючи седативної дії; відсутність фізичної і психологічної залежності; відсутність рецидивів за одноразового пропуску прийому препарату; збереження анксиолітичної дії після припинення прийому лікарського засобу і, як наслідок, відсутність синдрому відміни.

Характер кінцевого очікуваного результату лікування. По-крайшій мірі зменшення самопочуття. Значна редукція симптоматики з відновленням соціальної активності. Можливість подолання ситуацій, які раніше сприяли розвитку тривоги та панічних приступів.

Умови, в яких повинна надаватися медична допомога. Стаціонарне лікування проводиться у разі виражених розладів та порушень адаптації з метою вивести хворого з актуальної психотравмуючої ситуації, а також для підбору адекватної терапії за наявності резистентних станів. У більшості випадків показане амбулаторне лікування. Підтримувальну та профілактичну терапію здійснюють в амбулаторних умовах.

Тривалість лікування: у стаціонарі – не більше 30 днів; підтримувальна та профілактична терапія – не менше 6 міс.

Можливі побічні дії та ускладнення. Надмірна седация – потрібно зменшити дозу антидепресанта, який викликав седацию, і у подальшому застосовувати інший антидепресант без седативної дії.

Ортостатична гіпотензія – необхідно повідомити пацієнта про небезпеку, пов'язану із цим станом, і зменшити дозу препарату.

Сексуальна дисфункція виникає перш за все під час використання трициклічних антидепресантів та СІЗЗС; потрібно провести сімейну терапію, можливо, призначити антидепресант, який не викликає сексуальної дисфункції.

Серотонінергічний синдром (психічні розлади аж до розладів свідомості, агітація, підвищена пітливість, діарея, блювання, гіперрефлексія, тремор, підвищення температури

тіла тощо) виникає, як правило, внаслідок комплексної терапії антидепресантами — необхідно зменшити їх дози або повністю припинити лікування антидепресантами.

Найбільший ризик серотонінергічного синдрому виникає за одночасного застосування інгібіторів MAO разом з іншими антидепресантами.

Холінергічний синдром (сухість у роті, порушення зору, когнітивні розлади) виникає перш за все у разі використання трициклічних антидепресантів — необхідно відмінити трициклічний антидепресант і замінити його на СІЗЗС серотоніну або антидепресант подвійного спектра дії.

Серцево-судинні розлади (порушення серцевої провідності та ортостатична гіпотензія) — контроль електрокардіограми, у разі збільшення QT до >400 мс, якщо використовувався трициклічний антидепресант, його слід замінити на антидепресант іншої групи.

Рекомендації щодо подальшого надання медичної допомоги та реабілітації. Основною умовою успіху є вживання всіх заходів щодо чіткого дотримання терапевтичного режиму. Продовження психоосвітньої роботи з пацієнтом та його родиною, спрямованої на прийняття розладу, позитивне відношення до терапії, підвищення стресостійкості в повсякденному житті (стрес-менеджмент), тренінг навичок самостійного життя.

Надається можливість отримання довгострокової диспансерної допомоги.

Вимоги до дієти та фізичних навантажень. Дієтичні обмеження та лікувальна фізкультура у разі збільшення маси тіла.

Профілактика

1. Первинна профілактика включає загальногігієнічні, психогігієнічні та соціальні заходи, спрямовані насамперед на попередження захворювання. Основна мета цих заходів — формування адекватного відношення особистості до різних сторін дійсності та адекватних форм поведінки. Крім того, необхідним є проведення широкої пропаганди знань про невротичні розлади, роль особистості в їх формуванні.

2. Вторинна профілактика спрямована на попередження рецидивів хвороби і включає особистісно-орієнтовану психотерапію. Високу значущість мають рання діагностика та адекватне лікування, а також проведення підтримувальної терапії на амбулаторному рівні.

3. Третинна профілактика спрямована на попередження хронізації та інвалідації пацієнтів, цього можна досягти за допомогою лікувально-реабілітаційних заходів, адаптації хворого в сім'ї, професійній діяльності, мікросоціумі.

Клініко-діагностичні шкали

Психометричні шкали:

1. Шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS).
2. Шкала для оцінки генералізованої тривоги (GAS).
3. Шкала Лібовіца для оцінки симптомів соціальної фобії.
4. Шкала для оцінки обсесій і компульсій Yale-Brown (Y-AOCS).
5. Шкала Шихана (Sheehan).
6. Шкала Шихана для оцінки дезадаптації.

Шкали самооцінки симптомів тривоги:

1. Шкала самооцінки тривоги за Шиханом.
2. Шкала самооцінки ситуативної (реактивної) тривожності за Спілбергером.
3. Шкала самооцінки тривоги за Цунгом.
4. Шкала для оцінки панічних атак.
5. Шкала для оцінки генералізованої тривоги.
6. Шкала Шихана (Sheehan) для оцінки панічної тривоги (SPRAS-P).
7. Суб'єктивна рангова шкала для оцінки тривоги за Шиханом (WAT) (worry-anxiety-tension).

Пам'ятка для пацієнтів

Пацієнти та їхні родичі повинні бути поінформовані про те, що тривожні розлади є досить розповсюдженою формою психічних розладів (генералізований тривожний розлад зустрічається у кожній двадцятій людині, панічний розлад — в одній із сотні). Причинами можуть бути різноманітні психотравмуючі фактори, зокрема напруження в роботі чи негаразди у сім'ї. Існує декілька клінічних форм тривожно-фобічних розладів, які відрізняються за проявами і ступенем тяжкості. Прояви тривожних розладів можуть сприйматися хворими не як психологічні,

а як соматичні порушення, що навіть може призводити до звернення за невідкладною медичною допомогою (наприклад, у разі панічних атак). Необхідно роз'яснити психічне походження хвороби, механізми виникнення неприємних соматичних відчуттів у хворих.

Інформуючи про оптимістичний в цілому прогноз щодо одужання, необхідно правильно зорієнтувати щодо того, який період має пройти до очікуваного покращення та загальної тривалості лікування. Роз'яснюють необхідність психотерапевтичного лікування, роль пацієнта та рідних у процесі одужання. У разі необхідності психофармакологічних призначень інформують щодо можливостей медикаментозної допомоги та ймовірних фармакологічних ефектів. Заохочують хворого до самоосвіти і самопомоги шляхом вивчення керівництва та інших інформаційних ресурсів, адресованих пацієнтам.

Висновки

Як видно з представлені лікувальної програми, на сьогодні в терапії тривожних розладів використовується комплексний підхід, який складається із застосування фармакотерапії

та психотерапії, а також психоосвітніх заходів. У сучасній психофармакотерапії пріоритетною є саме безпека лікування, акцентується увага на важливості співставлення клінічної ефективності (користі від лікування) і побічної дії або переносимості препаратів (ризик терапії). До переваг використання Афобазолу під час лікування тривожних розладів слід віднести широкий спектр ефективності щодо всіх видів тривожних розладів; поєднання антиоксидантної та мембранопротекторної дії (інгібітора пропускового окислення ліпідів і дофаміну, модулятора мембранозв'язаних ферментів і рецепторних комплексів — бензодіазепінового, ГАМК, ацетилхолінового); швидкий клінічний ефект (4-7 днів); створення стабільної концентрації препарату в крові (відсутність провалів і піків); здатність селективно зменшувати тривогу, не викликаючи седативі; відсутність здатності викликати фізичну і психологічну залежність; відсутність рецидивів за одноразового пропуску прийому препарату; збереження анксиолітичної дії після припинення прийому препарату і, як наслідок, відсутність синдрому відміни.

37

ОРИГИНАЛЬНИЙ

АФОБАЗОЛ®

препарат нового поколения
от тревоги и стресса

- ✓ Эффективно, быстро и безопасно устраняет вегетативные и психические проявления тревоги у пациентов с соматической патологией
- ✓ Обладает нейропротекторными 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

PRO PHARMA