

Тревожные расстройства в общей медицине: клиника и терапия

Тревога – знакомый каждому сигнал об угрожающих изменениях в организме или внешнем мире, имеющий важное приспособительное значение. В то же время чрезмерно выраженная тревога является нарушением адаптации, мешает нормальной жизнедеятельности организма, может становиться причиной развития новых или обострения существующих заболеваний.

Об особенностях клинических симптомов тревожных расстройств и возможностях их лечения рассказал **заведующий отделением соматогенной психической патологии отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН (г. Москва), доктор медицинских наук, профессор Станислав Викторович Иванов.**

– Динамика стрессовых реакций, их ответ на терапию во многом универсальны. Стрессовые реакции организма на соматическое заболевание либо же, наоборот, на социальные стрессы, в конечном итоге приводящие к соматическим заболеваниям, имеют сходное развитие. Тревожные расстройства как следствие стресса в общей медицине рассматриваются в двух случаях. В первом – тяжелое соматическое, неврологическое заболевание выступает в виде фактора стресса, приводящего к тревоге как реакции на само заболевание и связанные с ним обстоятельства. Во втором случае тревога, вызванная любым социальным стрессом, в силу индивидуальных и культуральных особенностей соматизируется, приводя к развитию различных расстройств, порожденных переживаемым стрессом (начиная от общих вегетативных реакций и заканчивая специфическими функциональными синдромами).

! На сегодняшний день в сферу психосоматической медицины входят такие психические расстройства:

- соматизированные (ипохондрические);
- осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия и т. д.);
- сопровождающиеся телесно ориентированным агрессивным поведением;
- коморбидные соматическим заболеваниям;
- осложняющие некоторые виды лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ, химиотерапию), а также ятрогенные;
- психогенно провоцируемые (ряд психосоматических заболеваний, в частности артериальная гипертензия, язвенная болезнь, псориаз и т. д.);
- соматогенные (астенические реакции, соматогенные депрессии, мании, симптоматические психозы);
- психогении (психологические/патологические, в том числе эндоформные реакции на соматические заболевания);
- конститутивные/приобретенные расстройства (невропатии, соматотония (скрытая ипохондрия), ипохондрическое развитие/псевдопсихопатия).

Тревога является наиболее распространенным психическим расстройством. Согласно статистическим данным, распространенность тревожных расстройств в общей практике составляет 7,3-18%. Остальные 48-90% пациентов с такими состояниями обращаются в специализированные учреждения – кардиологические, онкологические клиники и т. д. (D. Stark et al., 2002; K.L. Kirsh et al., 2004; О.В. Бухтояров, Е.А. Архангельский, 2008). Очевидна определенная теснота между соматическими, неврологическими и некоторыми психическими расстройствами. При этом тревога с точки зрения общей медицины или неврологии включает в себя ряд патологических состояний, которые отличаются в зависимости от заболевания.

Так, клинико-эпидемиологическое исследование психических расстройств в общей медицинской практике (программа «Синтез», 2011) показало, что тревожные расстройства определяются более чем у 60% больных. В частности, среди кардиологических пациентов потребность в назначении психофармакологических препаратов в исследовании продемонстрировали более половины больных (54,1%), у которых доминировали тревожные и тревожно-депрессивные расстройства. Частота тревожно-депрессивных и тревожно-диссоциативных расстройств, требующих медикаментозной коррекции, среди пациентов онкологического профиля достигала 52,5%; среди больных дерматологического профиля доминировали обсессивно-компульсивные расстройства, в применении психофармакологических препаратов нуждались 45,5%. Так, впервые попадая в стационар по поводу сердечно-сосудистого заболевания, пациент испытывает острый стресс в связи с осознанием, что заболевание может привести к смерти. Онкологическая патология специфична тем, что не несет сиюминутной угрозы для жизни, но отличается неблагоприятным прогнозом и часто в сознании больного ассоциируется с приговором. Необходимость длительного лечения и дальнейшего постоянного врачебного контроля порождает хронический стресс. Дерматологические заболевания также не имеют жизнеугрожающего характера, но их проявления могут восприниматься болезненно в связи с эстетическими особенностями, боязнью социальных последствий.

С целью выделить группу реактивных состояний, представляющих собой реакции на стресс, связанные непосредственно с соматическим или неврологическим заболеванием, было введено понятие «нозогенные реакции». Очевидно, что каждое заболевание имеет свои особенности клинического течения, разный прогноз, особенности терапии, которые, в свою очередь, могут входить в спектр факторов, провоцирующих тревогу. Нозогении составляют 57,5% от всех соматических расстройств (программа «Синтез», 2011). Спектр психологических реакций на заболевание очень широк. К психогенным составляющим нозогенных реакций могут относиться деморализация, семантика диагноза, ситуация необычной окружающей обстановки (в частности, необходимость госпитализации), опасения социальных последствий заболевания, невозможность пациента совладать с проявлениями болезни. Соматическую почву для развития нозогенных реакций составляют субъективно тяжело переносимые проявления заболевания. Кроме того, не следует забывать о возможности конститутивной предрасположенности больного к развитию нозогенных реакций, связанной с различными индивидуальными расстройствами.

Первая реакция на тяжелый диагноз у разных людей схожа – это переживание острого стресса, шоковая реакция, аффективные проявления. Позднее, при условии продолжающегося стресса, на особенности его переживания начинают влиять личностные особенности, наблюдается разнообразие клинических проявлений. Тревога как таковая включает в себя целый ряд компонентов – это и поведенческие нарушения, и связанные с ней соматизированные (функциональные) расстройства, и опасения неблагоприятного исхода заболевания, страх перед болезнью, страх смерти. Таким образом, особенности развития и переживания стресса зависят, с одной стороны, от специфики нозогенных факторов, в т. ч. лабильности симптоматики, а с другой – от индивидуальных особенностей больного.

! Связанные с заболеванием стрессовые реакции могут рассматриваться как расстройства адаптации и включают в себя:

- тревожно-фобические (сопровождаются страхом за здоровье, паникой, ипохондрическими фобиями);
- тревожно-диссоциативные (обострение тревоги при неблагоприятной динамике заболевания, которое может приводить к отрицанию серьезности состояния или заболевания в целом);
- тревожно-депрессивные (характеризуются добавлением к доминирующей тревоге отдельных симптомов депрессии);
- эндоформные реакции, проявления которых подобны таковым у психических заболеваний. В эту группу включают аффективные (депрессия, мания) и бредовые (с нарушением мыслительной деятельности) расстройства.

Наиболее сложными для диагностики являются тревожно-диссоциативные расстройства. Важно правильно оценить грань, переступая через которую пациент будет нуждаться в назначении противотревожных препаратов, психотерапевтической помощи. Одним из значимых показателей является уровень комплайенса. Так, при легких случаях тревожно-диссоциативных расстройств пациент демонстративно проявляет оптимизм, бодрость, игнорируя тяжелые проявления заболевания. При этом, если наличие тревоги не мешает пациенту выполнять диагностические процедуры, соблюдать режим лечения, проходить контрольные осмотры у врача, можно говорить о том, что специального вмешательства не требуется. В других случаях тревога может вызывать снижение комплайенса, вплоть до полного отрицания болезни и необходимости лечения. Так называемый феномен откладывания, когда пациент «забывает» о наличии заболевания и в течение некоторого времени сохраняет привычный образ жизни, не начиная лечение, нередко наблюдается при онкологических заболеваниях. Вторым вариантом серьезного нарушения комплайенса является феномен избегания, когда пациент, осознавая наличие заболевания, не обращается за медицинской помощью из-за страха перед возможным диагнозом. Определить серьезные тревожно-диссоциативные расстройства помогают косвенные признаки: нарушение аппетита и сна, резкая смена настроения, появление тревоги, раздражения при ожидании важных обследований и т. д.

Рассмотрим также функциональные расстройства, которые приводят пациента к врачу с жалобами на физическое состояние, которое, однако, имеет психологическую подоплеку. Выделяют соматизированные и соматоформные функциональные расстройства. Соматизированные расстройства имеют преимущественно психогенную природу, в большинстве (70%) случаев отличаются полиморфизмом и сменой различных органов и систем, которые отличаются от типичных симптомов соматической патологии. Психически чаще всего проявляются как нестойкие и переменчивые нозофобии, соматические

признаки которых редко (в 36% случаев) ограничиваются субклиническими морфологическими аномалиями. Мигрирующие боли, затрудненное, учащенное дыхание, слабость в ногах и т. д. Диагноз устанавливают методом исключения других возможных патологий, при его наличии необходимо психотерапевтическое лечение.

Соматоформные расстройства в 68% случаев обладают симптоматикой, которая стойко сохраняется в пределах одного органа или системы органов, чаще всего дублируют или усиливают реальную соматическую патологию. Их психической подоплекой являются конститутивные, тревожно-фобические аффективные расстройства, а также эндогенные заболевания. Наличие соматоформных расстройств часто ассоциируется с существующей патологией внутренних органов, морфологическими аномалиями, что в результате нередко затрудняет диагностику этих расстройств и усложняет терапию. Примерами таких состояний являются кардионевроз, синдромы раздраженного кишечника, гипервентиляции, раздраженного мочевого пузыря и т. д. Такие заболевания сочетают в себе психический и соматический компоненты и нуждаются в комбинированном лечении.

Об особенностях тревожного развития собственно психосоматической патологии до сих пор известно относительно немного. Скорее всего, в рамках каждой их больших групп (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь и т. д.), которые традиционно соотносились с психосоматическими заболеваниями, существуют отдельные подтипы, клинические признаки и течение которых связаны с индивидуальными особенностями больного и которые реализуются именно в условиях стресса, тревоги, причем настолько сильной, что она выходит за пределы нормальных адаптивных механизмов. В частности, наши исследования показали, что лица, у которых был диагностирован эмоциогенный инфаркт, до этого уже болели ишемической болезнью сердца, которая, однако, не проявлялась клинически.

Существует много эффективных психотерапевтических и фармакологических методов лечения тревожных расстройств. Говоря о психофармакологии, следует отметить, что сегодня выбор лекарственных средств достаточно велик, и, безусловно, разные расстройства требуют различного лечения. Относительно универсальной группой препаратов, которые могут применяться в терапии тревожных расстройств, можно считать анксиолитики. Данной группе отдается приоритет, когда речь идет о нетяжелых тревожно-диссоциативных, тревожно-фобических расстройствах. Когда состояние пациента усложняется, появляется дополнительная симптоматика, не имеющая прямого отношения к тревоге, препаратами выбора становятся антидепрессанты. В случаях же, когда ни анксиолитики, ни антидепрессанты не демонстрируют ожидаемого эффекта, а также при наличии тяжелых синдромов используются антипсихотики.

Таким образом, в общей медицине такие наиболее распространенные расстройства, как легкие тревожные состояния, связанные с соматическими симптомами; купирование тревоги, ассоциируемой с особенностями лечения, ожиданием хирургического вмешательства и т. д., являются точкой приложения анксиолитиков. Кроме того, анксиолитики эффективны в профилактике последующих обострений психосоматических вариантов соматических заболеваний.

В настоящее время в широкий спектр анксиолитиков входит ряд препаратов, отличающихся по своей химической структуре. Это производные бензодиазепина, бензимидазола, дифенилметана, аналоги γ -аминомасляной кислоты, гетероциклические производные и т. д. Наиболее известной группой являются производные бензодиазепина (диазепам, феназепам, хлордиазепоксид и т. д.) – это классические препараты, с которых начиналось развитие данной фармакологической группы и которые до сих пор широко используются в клинической практике. Основной и достаточно серьезной проблемой, с которой пациенты сталкиваются при применении указанных лекарственных средств, является возможность привыкания. Таким образом, назначение последних исключается у лиц с разными видами зависимостей (алкогольной, наркотической и т. д.). Кроме того, с учетом миорелаксантных и седативных свойств этих препаратов их применение ограничено у пациентов пожилого возраста, а вследствие влияния на концентрацию и координацию движений следует избегать назначения таковых водителям и другим лицам, чья деятельность требует большой концентрации внимания. В качестве альтернативы могут использоваться небензодиазепиновые анксиолитики, в частности производные бензимидазола, отличающиеся хорошим профилем безопасности и отсутствием привыкания. В ряде исследований показана эффективность производного 2-меркаптобензимидазола в терапии тревоги у неврологических, кардиологических, онкологических, пульмонологических больных, а также при наличии данного расстройства, которое ассоциируется с заболеваниями в области гастроэнтерологии, гепатологии, дерматологии, нефрологии, травматологии.

Интересны данные небольших исследований, показывающих возможность премедикации производным 2-меркаптобензимидазола у больных, ожидающих приема у стоматолога. Наши исследования показали, что в терапии тревожных нозогенных реакций у кардиологических, онкологических и дерматологических больных, несмотря на разные выраженность, причины и интенсивность тревоги, применение производного бензимидазола демонстрирует выраженную положительную динамику. Селективные анксиолитики, не вызывающие привыкания, могут применяться постоянно, без ограничения по времени, причем длительная терапия может в конечном итоге улучшать прогноз соматического заболевания. У лиц, страдающих тяжелыми приступами тревоги, паническими расстройствами, возможно использование мягко действующих небензодиазепиновых анксиолитиков в качестве препаратов для поддерживающей терапии после купирования острого приступа краткосрочным применением препаратов бензодиазепинового ряда. Этот подход позволяет предотвратить развитие лекарственной зависимости, вызываемой продолжительным применением бензодиазепиновых анксиолитиков.

Подготовила Катерина Котенко

По материалам www.medtusovka.ru



Bionorica®



Глобальная инициатива по научным исследованиям 2013

Глобальная инициатива по научным исследованиям

По случаю своего 80-летнего юбилея компания «Бионорика» создала Глобальную инициативу по научным исследованиям. Данная инициатива призвана объединить научные изыскания новых направлений в целях улучшения здоровья путем применения лекарственных растений и экстрактов, созданных на их основе. Компания «Бионорика» заинтересована в инновационных и ориентированных на практику исследованиях в области фитомедицины, которые позволят повысить качество жизни и улучшить здоровье человека.

Гранты на научные исследования

Глобальная инициатива по научным исследованиям – это присуждение 12 грантов по 50 000 евро каждый сроком на 1 год. Известные эксперты в составе международного жюри дадут оценку поданным проектам и определят 12 победителей для получения грантов.

Подача заявок на участие: до 15 октября 2013 г.

Дополнительная информация: www.bionorica.de/research.initiative2013

Контакты: По вопросам, связанным с процедурой подачи заявок, обращайтесь: Contact.research.initiative@bionorica.de

УФІЯ



МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПОРТА-ИМПОРТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ»

В РАБОТЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПРИМУТ УЧАСТИЕ:

- Комитет по вопросам здравоохранения Верховной Рады Украины;
- Министерство здравоохранения Украины;
- Государственная служба Украины по лекарственным средствам;
- представители крупнейших украинских производителей, импортеров, экспортеров лекарственных средств.

НА КОНФЕРЕНЦИИ БУДУТ РАССМОТРЕНЫ ВОПРОСЫ:

- внедрения европейских требований к лицензированию импорта;
- изменения в досье импортера, вступающие в силу с декабря 2013 г.;
- новые требования к лицензиату, перспективные изменения правил ввоза и контроля качества лекарственных средств при импорте;
- соблюдение требований законодательства при экспорте лекарственных средств.

01 НОЯБРЯ
ПЯТНИЦА
2013



ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:
тел. (044) 499-84-94 (многоканальный)
моб. (067) 656-89-77
e-mail: conference.kyiv2013@gmail.com

ПРИНИМАЕТ:
ГОСТИНИЦА «ИНТЕРКОНТИНЕНТАЛЬ»
ул. Большая Житомирская, 2-А
Киев, Украина

