

Тревожные расстройства в медицинской практике: «подводные камни» диагностики и лечения

Тревожные расстройства – это патологические состояния, характеризующиеся физическими и психическими симптомами тревоги и не являющиеся вторичными по отношению к органическому заболеванию мозга или какому-либо психическому расстройству.

Тревога является нормальным эмоциональным состоянием человека, если она кратковременна и является реакцией на различные стрессовые ситуации, как правило, негативные (болезнь или смерть близкого человека, неудачи в личной жизни и др.).

Длительная патологическая тревога – одно из наиболее частых и широко распространенных расстройств человеческой психики в современном обществе. Она существенно ухудшает качество жизни человека, нарушает трудовую и профессиональную, а иногда и индивидуальную деятельность, часто приводит к инвалидности.

Тревога и страх становятся в XXI в. эмоциями, которые наиболее часто переживает человечество. Тревога может провоцироваться социумом. При длительном воздействии на организм человека она может быть причиной развития многих заболеваний. В связи с этим диагностика и адекватная терапия состояний с тревожным эффектом в последние годы приобрели особое значение. Тревожные расстройства можно отнести и к адаптационным нарушениям.

В Украине, согласно данным ряда авторов, наиболее частые этиологические факторы нарушений адаптации – это финансовые и семейные проблемы (около 50%), проблемы, связанные с профессиональной деятельностью.

Сегодня лечение тревожных проявлений является прерогативой не только психиатров и психотерапевтов – они представляют общемедицинскую проблему, с которой все чаще сталкиваются как специалисты узкого профиля, так и врачи общемедицинской практики.

В последние годы отмечается неуклонный рост тревожных состояний в структуре соматических заболеваний в области кардиологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, эндокринологии, травматологии. Все это диктует необходимость овладения навыками ее диагностики и лечения.

Эпидемиология

Тревожно-фобические расстройства – один из наиболее часто отмечающихся вариантов пограничной психической патологии. Риск развития в течение жизни тревожных расстройств, по данным, полученным в американской популяции, составляет 25%, а по данным широкомасштабного исследования ESEMED – 16%.

По данным других авторов, распространенность тревожных расстройств в популяции достигает 15-25%, а среди пациентов терапевтических амбулаторий и стационаров – 30-40%. Данные нарушения выявлены у 28,8% жителей США. Наличие соматического заболевания с тревожными расстройствами сегодня рассматривается как предиктор неблагоприятных клинического течения и прогноза при всех формах заболевания. При этом отмечается эффективность фармакотерапии соматической патологии, а также ее положительное влияние на качество жизни пациентов.

Соотношение мужчин и женщин, страдающих тревожными расстройствами, составляет примерно 1:4. Эту цифру считают необъективной из-за низкой обращаемости мужчин за соответствующей медицинской помощью в силу социально-культурных предпосылок.

Юрген Марграф, профессор клинической психологии и психиатрии Университета Базеля, считает, что психологическая среда послевоенной Европы была значительно здоровее, чем сегодняшняя экономически благополучная. По его мнению, обычный здоровый современный ребенок имеет более высокий показатель тревожности, чем ребенок 50-х годов XX в., подлежащий

госпитализации в связи с психическим заболеванием. Тревожные расстройства связаны со значительными экономическими потерями как для общества, так и для пациентов. По данным проведенного в США анализа, годовые затраты вследствие лечения данных нарушений достигают суммарно 42,3 млрд долларов (1542 доллара на пациента), что сопоставимо с доходной частью бюджета Украины на 2012 г. Треть всех расходов на терапию психических заболеваний приходится на лечение тревоги.

В 2006 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала экономический прогноз на 2020 г.: сохранение темпов роста тревожно-депрессивных расстройств может привести к коллапсу экономики большинства стран мира. Иными словами, если человечество не разработает и не внедрит эффективные стратегии борьбы с этими расстройствами, экономика будет парализована.

Низкая информированность врачей общей практики, в т. ч. семейных врачей, о многообразии жалоб при тревожных состояниях часто приводит к их позднему распознаванию, что повышает вероятность их хронизации, потери трудоспособности и даже инвалидизации.

Патогенез

Патогенез тревожных расстройств достаточно сложен. По современным представлениям, возникновение и развитие тревоги не являются результатом поражения какой-либо одной нейромедиаторной системы, а отражают возникновение системного регуляторного дисбаланса различных нейромедиаторов на различных уровнях структурно-функциональной организации – от молекулярного до уровня целостного мозга.

В литературе описано несколько теорий патогенеза тревожных расстройств:

- катехоламиновая (аргументом в ее пользу является наличие большого количества катехоламинов в моче при данном состоянии);
- серотониновая (объясняется эффектом серотонинергических антидепрессантов при панических расстройствах);
- аденозиновая (предполагается, что с аденозином связан анксиогенный эффект кофеина, однако его механизм до конца не установлен);
- генетическая (установлено, что чувство страха оканчивается в ситуации, в которой придется получить помощь от людей (агорафобия), имеют до 20% родственников с подобным расстройством, а для случаев, сопровождающихся генерализованным тревожным расстройством, отмечена конкордантность – 50% у однойяйцевых и 16% у разнояйцевых близнецов).

Типы тревожных расстройств

Ряд авторов, ссылаясь на Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), тревожные расстройства делят на 2 основные группы: F40 – тревожные фобические расстройства (агорафобия, социальные фобии, специфические фобии) и F41 – другие тревожные расстройства (панические расстройства, смешанное тревожно-депрессивное расстройство).

Кроме того, выделяют обсессивно-компульсивные расстройства – F42, реакции на тяжелый стресс и нарушение адаптации – F43, диссоциативные (конверсионные) расстройства – F44, в структуре которых также преобладают тревожные нарушения. Некоторые авторы выделяют и другие варианты тревожных расстройств.

Необходимо отметить, что в связи с введением в медицинскую практику во всех странах МКБ-10, в свою очередь, опирающуюся на систематику DSM-IV, депрессивные и тревожные расстройства во многом оказались искусственно разделенными.

Клиническая картина

Если говорить о четких клинических проявлениях тревоги, то они отсутствуют, как, например, при приступе бронхиальной астмы или стенокардии и т. д. Больные, как правило, не могут четко определить, как именно тревога проявляется. Это в конечном итоге

предопределяет многообразие клинических симптомов. Жалобы зачастую имеют аморфный характер. Пациенты могут жаловаться на затрудненное дыхание, головокружение, чувство замирания или остановки сердца, переливы в кишечнике.

Они, как правило, сопровождаются вегетососудистыми проявлениями: чувством жара, приливами, симптомами раздражительности и нарушением сна, снижением чувства востребованности или оценки самосознания, невозможностью выполнить повседневные обязанности и т. д. Часто тревожные состояния могут наблюдаться у женщин в пре- и климактерическом возрасте: тревожные проявления являются практически облигатным компонентом психоэмоционального дисбаланса на фоне климактерического синдрома. Некоторые авторы предлагают врачам общемедицинской практики с целью скрининга задавать пациенту всего 2 вопроса:

- Чувствуете ли Вы большую часть времени в течение 4 нед беспокойство, напряжение или тревогу?
- Часто ли у Вас бывает ощущение напряженности, раздражительности и нарушения сна?

Если хотя бы на один из этих вопросов получен утвердительный ответ, необходим более углубленный опрос с целью активного выявления тревожных симптомов.

Лечение

При отсутствии лечения тревожные симптомы могут персистировать, часто утяжеляясь. Необходимо отметить, что данные расстройства могут осложняться депрессией и другими психическими заболеваниями. К хронизации тревоги в большей степени приводят неадекватные и несвоевременные лечебные мероприятия.

Выбор препарата зависит от степени выраженности уровня тревоги и длительности заболевания. При выраженном тревожном расстройстве в течение длительного времени препаратами выбора были препараты бензодиазепинового ряда, обладающие анксиолитическим эффектом. Считается, что они являются лучшим методом кратковременной терапии тревоги.

В конце 1970-х – начале 1980-х годов было показано, что трициклические антидепрессанты (ТЦА), ингибиторы моноаминоксидазы, а позже бензодиазепины (БДА) и начиная с 1990-х годов селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) могут использоваться в терапии тревожных расстройств.

Задача при лечении тревожных состояний состоит не только в ликвидации симптомов болезни, но и в улучшении качества жизни пациента, социальной и личностной адаптации.

Почему БДА и сегодня занимают особое место в арсенале лекарственных средств для лечения тревожных расстройств? Это прежде всего связано с изученностью механизмов их действия и клинических эффектов. Спектр клинического действия БДА чрезвычайно широк и может быть разделен на две категории: эффекты, связанные с собственно психотропной активностью (седативное, активизирующее действие, влияние на депрессию, астеническую симптоматику, способность подавлять навязчивость и сенесто-ипохондрические расстройства), и эффекты, не имеющие отношения к психотропному действию (вегетостабилизирующий, миорелаксирующий, антиконвульсивный, гипнотический, амнестический и др.). Такое множественное воздействие – одна из главных причин широкого использования БДА в общемедицинской практике в условиях стационаров, а также здоровыми людьми для устранения острого эмоционального стресса в амбулаторной практике.

Однако нельзя забывать и об отрицательных свойствах БДА. К ним относятся:

- седация и поведенческая токсичность, которые могут вызывать не только психомоторные расстройства, но и нарушение координации, снижение внимания; длительное их применение может стать причиной нарушения когнитивных функций, которое не осознают сами пациенты;
- парадоксальные реакции (у отдельных больных описана отчетливая связь между приемом БДА и формированием агрессивного поведения);

- толерантність, привыкание и зависимость;
- синдром отмены и феномен отдачи.

Расстройства, связанные с прекращением приема БДА, могут проявляться симптомами «отдачи», которые возникают исключительно при резкой отмене препарата и напоминают симптомы того состояния, по поводу которого были назначены БДА.

Хотя ТЦА и относятся к группе препаратов, эффективных в лечении тревожных расстройств, в настоящее время можно считать этот метод терапии устаревшим.

Терапия ТЦА связана с большим количеством сложностей. Их использование, особенно в течение длительного времени (более 6 мес), во многом лимитируется большим количеством побочных эффектов, таких как седация, снижение концентрации внимания. Это может приводить к определенным затруднениям в профессиональной сфере – учебе, преподавательской работе, управлении автомобилем и др. Данные обстоятельства заставляют больного соблюдать постельный режим или исключить прием препаратов, что обозначает прекращение лечения и дальнейшее прогрессирование заболевания.

Необходимо отметить, что ТЦА имеют отсроченный эффект, поэтому на раннем этапе лечения тревожных расстройств – в течение первых 2-4 нед – их следует сочетать с анксиолитиками.

У некоторых больных применение ТЦА вообще невозможно (по причине сердечно-сосудистой патологии, ишемической болезни сердца и ее различных проявлений, гиперплазии предстательной железы, открытоугольной глаукомы). Это обуславливает снижение дозы антидепрессантов до заведомо неэффективной либо проведение коротких курсов лечения, что неизменно приводит к низкому терапевтическому эффекту и сопряжено с риском рецидивирования тревожных расстройств.

Отмечено, что некоторые ТЦА могут вызывать снижение потенции, либидо, нарушение или задержку эякуляции, о чем необходимо предупреждать больных молодого возраста. Они также могут обусловить лейкопению, агранулоцитоз, апластическую анемию, что требует мониторинга состояния периферической крови.

В настоящее время в большинстве случаев используются антидепрессанты группы СИОЗС.

В силу лучшего профиля безопасности они оказались более адекватными в лечении тревожных расстройств.

Имеются указания на возможность применения при тревожных расстройствах β -блокаторов. Однако их эффективность при лечении таких состояний низкая. Они могут быть использованы для купирования выраженных соматических эквивалентов тревоги, особенно тремора и тахикардии. В то же время не следует забывать, что данные препараты противопоказаны при явлениях бронхоспазма, кроме того, могут индуцировать депрессивную симптоматику и ослаблять терапевтическое действие антидепрессантов.

Поскольку нейролептики также применяются в лечении тревожных расстройств, необходимо учитывать возможность метаболических нарушений и увеличение массы тела больных на фоне их использования.

Оказалось, что некоторые противосудорожные препараты последней генерации (габапентин, прегабалин, леветирacetам, ламотриджин) показывают высокую эффективность в отношении редукции (ослабления) генерализованного тревожного расстройства.

Фитотерапия

В связи с высоким риском БДА, ТЦА, препаратов группы СИОЗС необходимо искать альтернативные подходы для лечения тревожных расстройств. При этом приходится рассматривать вопросы соотношений «эффективность/безопасность» и «цена/качество». Когда вопрос стоит не о курсовом лечении, а о длительном (а иногда и пожизненном) приеме, значимость затрат на лечение приобретает еще большее значение. Иногда возникает вопрос о назначении альтернативной терапии, в качестве которой могут рассматриваться препараты растительного происхождения, имеющие статус безрецептурных.

В последнее время вызывают дискуссии целесообразность и рентабельность широкого применения антидепрессантов, БДА и нейролептиков, особенно при легкой и средней степени выраженности тревожных расстройств. Одним из наиболее эффективных и безопасных альтернативных подходов к лечению стрессиндуцированных расстройств является использование

седативных средств на основе валерианы лекарственной, мелиссы, мяты перечной, пассифлоры, душицы, вереска, зверобоя.

Иногда фитотерапия используется в общемедицинской практике при легких и среднетяжелых симптомах тревоги и депрессии в качестве стартового лечения у различных групп больных. Целесообразно ее применение у лиц пожилого и старческого возраста, у которых возможны изменение ферментативной активности печени, возникновение возрастных физиологических изменений многих медиаторных систем (в первую очередь дофаминергических), что при использовании психотропных средств усиливает возможность возникновения экстрапирамидных расстройств, взаимодействия препаратов и мозговой ткани в условиях редуцированного кровотока. Поэтому нельзя полностью соглашаться с мнением тех авторов, которые считают, что весьма популярные седативные средства, в т. ч. фитопрепараты, используемые при тревожных состояниях, не являются патогенетической терапией, а лишь уменьшают сопутствующие явления нервозности, возбуждения, улучшают засыпание. Скорее можно полагать, что как лекарственные растения, так и препараты из них целесообразно применять для формирования вектора психологического комфорта.

Противотревожными и антидепрессивными свойствами обладают финики, содержащие большое количество дофамина; наряду с клюквой и красным виноградом они являются лидерами по уровню содержания антиоксидантов. Фитотерапия, по нашим личным наблюдениям, показана больным соматического патологией при субпороговой (легкой) и средней тяжести тревоги. Больные с тяжелыми формами должны наблюдаться и лечиться у психиатра.

Таким образом, современные подходы к лечению тревожных расстройств зависят от фармакотерапевтических воздействий конкретных препаратов. Следует использовать моно- либо комбинированную терапию лекарственными средствами, максимально безопасными в применении и демонстрирующими максимальный терапевтический эффект.

Список литературы находится в редакции.



ДАЙДЖЕСТ

Применение *Aesculus hippocastanum* при лечении хронической венозной недостаточности

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) – заболевание, которое связано с нарушением венозного оттока и характеризуется появлением тяжести, боли в ногах, отечности, кожного зуда, а также изменением цвета и появлением трофических изменений на коже нижних конечностей. По статистике, 20-25% женщин и 10-15% мужчин страдают ХВН. На сегодняшний день в США оптимальным и наиболее часто назначаемым методом лечения ХВН является сочетание компрессионной терапии и лекарственных средств. В Европе для лечения ХВН наиболее часто назначаются препараты на основе экстракта семян конского каштана (НССЕ), эффективность которого подтверждена в многочисленных исследованиях.

Систематический обзор двойных слепых рандомизированных контролируемых исследований, изучавших эффективность применения НССЕ для лечения пациентов с ХВН, был проведен E. Ernst и M.N. Pittler в 1998 г. и обновлен в 2004 г. В анализ включили данные 18 клинических испытаний с участием 1258 пациентов и 3 наблюдательных исследований с участием 10 725 больных. Их продолжительность варьировала от 2 до 12 нед, а дозировка препаратов в пересчете на эсцин – от 100 до 150 мг/сут. В 6 из 18 испытаний сравнивалась эффективность НССЕ и других лекарственных средств, таких как диосмин и рутозид, а также ношение компрессионных чулок, в то время как остальные 12 исследований сравнивали НССЕ с плацебо. В целом лечение НССЕ было связано со статистически значимым улучшением симптомов ХВН. По сравнению с плацебо применение НССЕ способствовало уменьшению объема нижних конечностей, окружности голени и голеностопного сустава, боли, зуда и чувства тяжести в ногах. Побочные эффекты при использовании НССЕ были незначительными и сравнимыми с плацебо.

В рандомизированном плацебо контролируемом исследовании в параллельных группах 240 пациентов с ХВН получали лечение в течение 12 нед в виде ношения компрессионных чулок, применения НССЕ или плацебо. Использование НССЕ способствовало уменьшению объема более пораженной ноги в среднем на 43,8 мл, компрессионная терапия – на 46,7 мл по сравнению со средним увеличением данного показателя на 9,8 мл в группе плацебо. Эти результаты свидетельствуют о том, что применение компрессионных чулок и НССЕ одинаково эффективно у пациентов с ХВН и отечностью нижних конечностей. В связи с низким уровнем побочных эффектов, наблюдаемых в группе применения НССЕ, вполне вероятно, что эта терапия ассоциируется с более высоким комплаенсом, чем компрессионная терапия.

Стадия декомпенсации – трофические язвы

Трофические язвы нижних конечностей возникают в случае нелеченной или плохо поддающейся лечению ХВН. Поскольку НССЕ противодействует многим механизмам развития ХВН, вполне вероятно, что препараты на его основе могут быть эффективными для лечения трофических язв нижних конечностей. На сегодняшний день было проведено одно клиническое испытание, посвященное данному вопросу. В небольшом слепом рандомизированном плацебо контролируемом исследовании, проведенном в Службе сестринского сообщества в Южной Австралии, 54 пациента с венозными трофическими язвами получали либо НССЕ (n=27), либо плацебо (n=27) в течение 12 нед. Оценка состояния пациентов проводилась в начале исследования, через 4, 8 и 12 нед терапии; определялись степень заживления ран, ее размеры, топография, частота смены повязок и симптомы ХВН. Несмотря на небольшой размер выборки, статистически значимое улучшение было отмечено в отношении двух параметров – скорости заживления ран и уменьшения частоты смены повязок (в среднем 2,1 раза в неделю в начале исследования и 1,1 раза в неделю на 12-й неделе в группе активной терапии по сравнению с 2,4 и 2,5 раза в неделю соответственно в группе плацебо).

Alternative Medicine Review Volume 14, Number 3, 2009.

Перевела с англ. Ольга Татаренко



Ескузан
краплі

Краплі для внутрішнього застосування

Вашим ніжкам гарний стан повертає

Ескузан

- Біль і відчуття важкості в ногах
- набряки й судоми в литкових м'язах
- Варикозне розширення вен

esparma Р.П. МОЗ України № UA/0217/01/01 від 22.01.2009 р. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників. Склад: 100 г розчину містять 4,725 г сухого екстракту з насіння кіньського каштана, 0,5 г тіаміну гідрохлориду. Лікарська форма: Краплі для перорального застосування. Заявник: Еспарма ГмбХ, Німеччина. Виробник: Фарма Вернігероде ГмбХ, Дорнбергерсвг 35, 38855 Вернігероде, Сашен-Анхальт, Німеччина. Фармакотерапевтична група: Капіляростабілізуючі засоби. Показання для застосування: Хронічна венозна недостатність варикозного та посттромботичного генезу або її ускладнення. Захворювання, які пов'язані з функціональними порушеннями кровообігу. Протипоказання: Підвищена чутливість до складових препаратів. Через недостатність досліджень, краплі не слід призначати дітям віком до 12 років, а також жінкам під час вагітності і в період лактації. Побічні ефекти: Можуть виникати подразнення слизової шлунково-кишкового тракту; можливе виникнення непрямим відчуттів у епігастричній ділянці, нудота, діарея. Можливі алергічні реакції (почервоніння шкіри, шкірні висипи, відчуття свербіж). Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування. Представництво в Україні: 02002, Київ, вул. Р. Окіпної, 117, www.esparma.com.ua