

Современные подходы к терапии тревожных и когнитивных расстройств

25-27 апреля в Трускавце проходила XIX Международная научно-практическая конференция «Возрастная стратегия профилактики, терапии и реабилитации в неврологии», посвященная проблемам диагностики и лечения сосудистых и дегенеративных заболеваний нервной системы, хронических болевых синдромов, а также нейрореабилитации.

Среди прозвучавших в ходе мероприятия выступлений были, в частности, представлены доклады, в которых поднимались актуальные вопросы медикаментозного лечения пациентов с тревожными расстройствами.



Заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и психиатрии Ужгородского национального университета, доктор медицинских наук, профессор Михаил Михайлович Орос рассказал об особенностях выбора стартовых препаратов для лечения пациентов с паническим расстройством (ПР).

— Проблема ПР достаточно широко распространена. Среди тех, кто обращается за первичной медицинской помощью, 6% составляют пациенты с ПР. Около 30% популяции на протяжении жизни испытывают состояние панической атаки (ПА) той или иной степени выраженности. При этом приступы беспричинной паники без развития полной клинической картины ПА развиваются у 9-15%. К сожалению, только у 50% пациентов с очевидными симптомами ПА устанавливается соответствующий диагноз. Менее 50% пациентов с ПА получают

какое-либо лечение, менее 30% — адекватную своему состоянию терапию.

Ключевыми задачами терапии являются уменьшение интенсивности, продолжительности и частоты ПА, снижение риска рецидива и повышение качества жизни пациента. Необходимо подчеркнуть, что полное излечение пациента не является в данном случае целью. Гораздо важнее сосредоточиться на достижении стойкой ремиссии и повышении качества жизни больного. Чтобы достичь этого, лечение должно быть комплексным и включать психологический, социальный и фармакологический подходы.

Препаратами первой линии для лечения ПР являются антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) и бензодиазепины, второй линии — трициклические антидепрессанты (кломипрамин, имипрамин), третьей — ингибиторы моноаминоксидазы (фенелзин), однако использование последних ограничено из-за риска возникновения побочных эффектов и потенциального межлекарственного взаимодействия.

Несмотря на то что препараты первой линии (СИОЗС и бензодиазепины) рекомендуются практически всеми наиболее авторитетными клиническими руководствами по лечению ПР, эти средства также способны спровоцировать определенные негативные явления, связанные с особенностью их фармакокинетики.

Антидепрессанты группы СИОЗС способствуют увеличению количества свободного серотонина в синаптической щели. Избыток серотонина связывается с серотониновыми рецепторами, которые широко представлены в центральной нервной системе и за ее пределами: тошнота, рвота, диарея вызваны чрезмерной стимуляцией 5-HT₃-рецепторов серотонина; ажитация, тревога, бессонница — стимуляцией 5-HT₂-рецепторов. Многие больные на фоне приема СИОЗС испытывают выраженное чувство усталости в течение дня, тремор, нарушение координации движений, головную боль. Возможны также когнитивные нарушения, колебания веса, сексуальная дисфункция, суицидальные мысли (у детей).

Одно из наиболее опасных побочных явлений СИОЗС — развитие серотонинового синдрома, который проявляется:

- дезориентацией, гипоманией;
- ажитацией, возбудимостью;
- резким изменением температуры тела, диареей, гипертензией, тахикардией;
- атаксией, гиперрефлексией;
- профузным потом.

Тем не менее СИОЗС сегодня являются препаратами первой линии для лечения ПР, так как остальные классы антидепрессантов имеют еще больше ограничений для клинического применения.

В соответствии с рекомендациями Британской ассоциации психофармакологии (British Association for Psychopharmacology) антидепрессанты следует назначать пациентам с ПР курсом от 12 до 52 нед, а при необходимости и более. Оценивать эффективность выбранного препарата следует не ранее чем через 1 мес приема.

Помимо антидепрессантов в качестве стартовой терапии могут использоваться бензодиазепины. У пациентов с ПА на фоне лечения антидепрессантами возможно применение высоких доз бензодиазепинов, но повышать дозу необходимо постепенно. Выбор бензодиазепина осуществляются в соответствии с профилем фармакокинетики. Препарат выбора должен быстро всасываться (например, клоназепам, лоразепам, алпразолам), иметь оптимальную продолжительность действия и небольшой период полувыведения. Для купирования ПА рекомендованы оксазепам, лоразепам и бромазепам — как обладающие быстрым действием и коротким периодом полувыведения. Широко назначаемые в Украине диазепам и феназепам имеют длительный период полувыведения и не показаны для купирования ПА. При подборе препарата бензодиазепинового ряда для пожилых пациентов следует избегать активных метаболитов и окислительных путей метаболизма препарата. Указанной категории пациентов показаны лоразепам, оксазепам, темазепам.

Бензодиазепины назначают в начале лечения ПР вместе с антидепрессантами. Длительность лечения бензодиазепинами не должна превышать 4 нед. Через месяц постоянного приема препарат необходимо отменить, но пациент может применять его в качестве средства скорой помощи во время острого приступа по требованию, для профилактики ПА перед заведомо стрессовой ситуацией (например, публичное выступление), при сопутствующей ПР инсомнии. Как правило, 70-90% пациентов демонстрируют хороший ответ на комбинированное лечение.

Бензодиазепины, как и антидепрессанты, имеют значительные ограничения в применении. Быстрое развитие лекарственной зависимости — основная проблема в данной ситуации. Кроме того, прием указанных препаратов может приводить к нарушению концентрации, антероградной амнезии, утомлению и мышечной слабости, спутанности сознания, парадоксальному возбуждению, угнетению дыхания при передозировке. К сожалению, риск передозировки резко возрастает у пациентов, длительно злоупотребляющих бензодиазепинами: для купирования симптомов ПА больные вместо одной вынуждены использовать ≥2-4 таблетки за один прием.

В связи с этим ведется непрерывный поиск альтернативных методов фармакотерапии ПР. Таким препаратом может служить небензодиазепиновый анксиолитик Адаптол®.

На базе нашей кафедры было проведено исследование эффективности препарата Адаптол® (производитель АО «Олайнфарм», Латвия, дистрибьютор компания Oifa) в комбинации с антидепрессантом в качестве стартовой терапии ПР. Основная группа пациентов (n=30) получала комбинированное лечение Адаптолом в дозе 1000 мг/сут и антидепрессантом группы СИОЗС, участникам контрольной группы (n=32) в дополнение к аналогичному антидепрессанту был назначен гидазепам в дозе 0,04 г/сут. Для оценки результатов использовали госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS-A).

Спустя 3 нед лечения достоверного снижения уровня тревоги удалось добиться у 81,25% пациентов контрольной группы и у 70% больных, принимавших Адаптол® с антидепрессантом. Средний балл по шкале HADS-A до начала лечения в обеих группах был равен >10, что соответствовало клинически выраженной тревоге. Через 21 день курса терапии в обеих группах средний балл снизился до уровня субклинической тревоги — 7,6 балла в группе гидазепам + антидепрессант и 8,0 балла в группе Адаптол® + антидепрессант.

Таким образом, комбинация анксиолитика и антидепрессанта в качестве стартовой терапии ПР способствует снижению количества побочных эффектов и повышению комплаенса. Использование препаратов Адаптол® и гидазепам продемонстрировало сопоставимые результаты в отношении снижения чувства тревоги у пациентов — 70 и 81% соответственно. Адаптол® эффективен как анксиолитик для применения его как препарата первой линии у пациентов с ПР. Учитывая побочные эффекты бензодиазепинов (в частности, развитие зависимости), Адаптол® может служить альтернативным компонентом комплексного лечения совместно с антидепрессантами ряда СИОЗС в терапии ПР. Рекомендованная суточная доза Адаптола составляет 600-1500 мг. Курс лечения может продолжаться до 2-3 мес.



Доцент кафедры неврологии № 1 Национальной медицинской академии последипломного образования им. П. Л. Шупика, доктор медицинских наук Татьяна Ивановна Насонова акцентировала внимание на возможности коррекции ней-

ровегетативных и когнитивных нарушений, ассоциированных с тревогой, у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ).

— Длительное время считалось, что утомляемость, тревога и депрессия — это эмоциональная реакция пациента на болезнь. В последние годы стало понятным, что эти синдромы могут возникать при повреждении определенных участков головного мозга, в т. ч. и у пациентов с ЦВЗ. Утомляемость, тревога и депрессия — факторы, которые в наибольшей степени снижают качество жизни пациентов с ЦВЗ.

ЦВЗ принято ассоциировать с пожилым возрастом, но это не всегда соответствует действительности. Как показывают современные исследования, с каждым годом цереброваскулярная патология молодеет. Это обусловлено широким распространением в популяции таких факторов риска, как артериальная гипертензия, атеросклероз, курение, малоподвижный образ жизни и хронический стресс.

Доказано, что в условиях хронического стресса происходят структурные изменения дендритов в префронтальной коре, амигдале и гиппокампе, что сопровождается

АДАПТОЛ®

таблетки 300 мг № 20, 500 мг № 20
капсулы 300 мг № 20

Денний анксиолітик з властивостями адаптогена
Базисний засіб у терапії психоемоційної патології та вегетативного дисбалансу різного генезу.



- **знімає** занепокоєння, тривогу, страх, внутрішню емоційну напругу, роздратованість
- **діє** швидко та ефективно (ефект першого застосування)
- **підвищує** психічну та фізичну стійкість в умовах стресу
- **покращує** пам'ять, працездатність, сон
- **не викликає** звикання, та синдрому відміни
- **покращує** переносимість бензодіазепінових, транквілізаторів, антидепресантів, та нейролептиків

OLFA
ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ МАРКЕТИНГ
ТА ДИСТРИБ'ЮТЕР

СИЛА СПОКОЮ

