

Тревожные расстройства в общей медицинской практике и подходы к их терапии

Плачет мозг, а слезы – в сердце, печень, желудок.
А.Р. Лурия

Тревога считается нормальным состоянием эмоциональной сферы человека, если она кратковременна и является реакцией на различные стрессовые ситуации, как правило, негативные: болезнь или смерть близкого человека, неудачи в личной жизни (потеря работы, нежелательные изменения отношений в семье) и т. п. Кратковременная тревога позволяет адаптироваться к нестандартным ситуациям и является своего рода защитным механизмом для организма.

Длительная патологическая тревога – одно из наиболее частых и широко распространенных расстройств человеческой психики в современном обществе. Она существенно нарушает качество жизни, трудовую и профессиональную деятельность, иногда даже приводит к инвалидизации.

Тревога и страх – нежелательные эмоции, которым наиболее часто подвержен человек. Тревога иногда провоцируется социумом. При длительном воздействии на организм человека она может послужить 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 [16, 19]. Согласно данным ряда авторов [16], в Украине наиболее частые этиологические факторы нарушенной адаптации – это финансовые и семейные проблемы (около 50%), неурядицы на работе.

Сегодня тревожные проявления составляют важный предмет изучения не только психиатров и психотерапевтов. Они представляют общемедицинскую проблему, с которой все чаще сталкиваются не только специалисты узкого профиля, но и врачи других специальностей.

В последние годы отмечается неуклонный рост тревожности в структуре непсихиатрических заболеваний – кардиологии [8, 18, 22], травматологии [14], гастроэнтерологии [12, 32], пульмонологии [10, 29, 30], эндокринологии [27], что, в свою очередь, диктует необходимость овладения навыками ее диагностики и терапии врачами соответствующего профиля [3].

В то же время значимость своевременной целевой терапии, направленной на ослабление или устранение тревожной симптоматики, не всегда осознается представителями общемедицинской практики. Зачастую они воспринимают проявления тревожности как банальное беспокойство, неуравновешенность характера или естественную реакцию на имеющееся соматическое заболевание.

Рекомендации врачей общей практики проконсультироваться соматическим больным у психиатров вызывает у пациентов негативную реакцию из-за опасений их дискриминации. Определенную роль играют также проявления антипсихиатрии, которая активизировалась в последние десятилетия и даже нашла отражение в ряде законодательных актов [2, 3].

Об актуальности проблемы, связанной с лечением тревожных расстройств, свидетельствует в частности приказ Министерства здравоохранения Украины № 59 от 05.02.2007 г. об утверждении клинических протоколов предоставления медицинской помощи при этих состояниях.

Эпидемиология

Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют, что на протяжении жизни тревожные состояния развиваются примерно у 25% популяции. Симптомы патологической тревоги выявляют у 30-40% больных, обращающихся к врачам общей практики.

Тревоге свойственна высокая степень распространенности среди различных групп и популяций людей во всем мире. Показатели частоты тревожных расстройств у населения колеблются от 0,6 до 2,7% [3, 10] и даже до 10,4% [12].

Согласно данным, полученным при обследовании жителей США, риск развития тревожного расстройства в течение жизни составляет 24,5% [4], а результаты широкомасштабного Европейского исследования (ESMeD) указывают на отметку в 16% [31]. Данные Опросника врача общей практики для диагностики психических заболеваний показали, что среди 1000 опрошенных признаки тревоги были обнаружены у 18% лиц [25]. По данным исследования, проведенного под эгидой ВОЗ в 18 странах, установлено, что наиболее часто в общемедицинской практике встречаются различного рода тревожные расстройства – у 10,5% больных [12].

Соотношение мужчин и женщин, страдающих тревожными расстройствами, составляет примерно 1:4. Ряд авторов считают эту цифру неточной из-за низкой частоты обращаемости мужчин за соответствующей медицинской помощью по причине социально-культурных предпосылок [2].

Профессор клинической психологии и психиатрии Университета Базеля (Швейцария) Юрген Марграф считает, что психологическая среда послевоенной Европы была значительно здоровее, чем, казалось бы, экономически благополучная настоящая. По его мнению, современный обычный здоровый ребенок имеет более высокий показатель тревожности, чем ребенок, подлежащий госпитализации в связи с психическим заболеванием в 1950-х гг.

Тревожные расстройства связаны с крупными экономическими потерями как для общества, так и для пациентов. Согласно данным проведенного в США анализа, годовые затраты вследствие лечения тревожных состояний достигают суммарно 42,3 млрд долларов, или 1542 доллара на пациента [7]. Треть всех затрат, связанных с проведением терапии психических заболеваний, приходится на лечение тревоги [6].

Низкая информированность врачей общемедицинской практики о многообразии жалоб при тревожных состояниях часто является причиной их позднего распознавания, что приводит к переходу этих заболеваний в хроническое состояние. Это обуславливает, в свою очередь, потерю трудоспособности, сложность терапии и даже может вызвать инвалидизацию таких больных.

Патогенез

В научной литературе рассматриваются несколько теорий патогенеза тревожных расстройств:

- катехоламиновая (подтверждением этой теории служит выявление высокого количества катехоламинов в моче при этом состоянии);
- серотониновая. Эту гипотезу пытаются объяснить эффектом серотонинергических антидепрессантов при панических расстройствах;
- аденозиновая. Возможно, с аденозином связан анксиогенный эффект кофеина. Однако механизм этого эффекта окончательно не установлен;
- генетическая. Установлено, что для случаев, сопровождающихся генерализованным тревожным расстройством, отмечена конкордантность 50% у однояйцевых и 15% у разнояйцевых близнецов [3, 5].

Таблица. Клинические проявления тревожных расстройств [4]

Психические симптомы	Соматические (вегетативные) симптомы
Тревога	Учащенное сердцебиение
Беспокойство по мелочам	Приливы жара или холода
Ощущение напряженности и скованности	Потливость, холодные и влажные ладони
Неспособность расслабиться	Ощущение кома в горле
Раздражительность и нетерпеливость	Чувство нехватки воздуха
Ощущение взвинченности	Боли в груди
Пребывание на грани срыва	Тошнота, диарея, боли в животе
Невозможность сконцентрироваться	Сухость во рту
Ухудшение памяти	Головокружение и предобморочное состояние, шум в ушах
Трудности засыпания и нарушение ночного сна	Тремор, мышечные подергивания, вздрагивания
Быстрая утомляемость	Напряжение и боли в мышцах
Страхи	Учащенное мочеиспускание
	Снижение либидо, импотенция

Типы тревожных расстройств

Ряд авторов [13], ссылаясь на МКБ-10 [17], делят тревожные расстройства на 2 основные группы: фобические тревожные расстройства (агорафобия, социальные фобии, специфические фобии) и другие тревожные расстройства (панические расстройства, смешанное тревожно-депрессивное расстройство).

Кроме того, выделяют обсессивно-компульсивные расстройства, реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, диссоциативные (конверсионные) расстройства, в структуре которых также преобладают тревожные нарушения. Некоторые авторы [3, 6, 20] выделяют другие варианты тревожных расстройств.

Необходимо отметить, что в связи с введением в медицинскую практику во всех странах МКБ-10, которая, в свою очередь, базируется на систематике DSM-IV, депрессивные и тревожные расстройства во многом оказались искусственно разделенными [11].

Клиническая картина

Рассматривая вопрос относительно конкретных клинических проявлений тревоги, следует отметить, что их фактически нет, как, например, в случае приступа бронхиальной астмы или

стенокардии. Больные, как правило, не могут четко определить, какими симптомами проявляется тревога. Это, в конечном итоге, предопределяет многообразие клинических проявлений. Жалобы зачастую носят аморфный характер. Пациенты жалуются на затрудненное дыхание, головокружение, чувство замирания или остановки сердца, усиление перистальтики.

Такие признаки обычно сопровождаются вегетососудистыми проявлениями: чувством жара, приливами, симптомами раздражительности и нарушением сна, снижением чувства востребованности или самооценки, невозможностью выполнить повседневные обязанности и т. д. (табл.). Довольно часто тревожные состояния наблюдаются у женщин в пре- и климактерическом возрасте, когда формируется климактерический синдром, при котором тревожные проявления становятся практически обязательным компонентом психоэмоционального дисбаланса, нередко доминирующим в клинической симптоматике при различных заболеваниях.

Некоторые авторы [4] предлагают врачам общемедицинской практики с це-

лю скрининга задавать пациенту всего два вопроса:

- Чувствуете ли Вы большую часть времени в течение последних 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, необходимо более углубленный расспрос с целью выявления симптомов тревожного расстройства.

Лечение

Без проведения лечения тревожные симптомы могут персистировать, усугубляться. Необходимо отметить, что в некоторых случаях они осложняются депрессией и другими психическими заболеваниями. К хронизации тревоги в большей степени приводят неадекватные и несвоевременные лечебные мероприятия [6].

Выбор препарата зависит от степени выраженности уровня тревоги и длительности заболевания. В развернутом тревожном расстройстве в течение длительного времени препаратами первого выбора были анксиолитики – препараты бензодиазепинового ряда. Считается,

что они являются наиболее эффективным методом кратковременной терапии тревоги [6].

В конце 1970-х — начале 1980-х гг. было показано, что трициклические антидепрессанты (ТЦА), ингибиторы моноаминоксидазы (иМАО), бензодиазепины (БДА) и с 1990-х гг. антидепрессанты класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) могут использоваться в терапии тревожных расстройств.

Задача в лечении тревожных состояний заключается не только в купировании симптомов заболевания, но и в улучшении качества жизни пациента, что выражается в изменении социальной и личностной адаптации [16].

Почему и сегодня в арсенале средств для лечения тревожных расстройств БДА занимают особое место? Это связано прежде всего с достаточной изученностью механизмов их действия и клинических эффектов. Спектр клинического действия БДА весьма широк и охватывает эффекты, связанные с собственно психотропной активностью (седативное, активизирующее действие, влияние на депрессию, астеническую симптоматику, способность подавлять навязчивость и сенестопихондрические расстройства), и эффекты, не имеющие отношения к психотропному влиянию (вегетостабилизирующий, миорелаксирующий, антиконвульсионный, гипнотический, амнестический) и др. Такое множественное воздействие и проявление клинических эффектов стало одной из главных причин широкого использования БДА врачами различных специальностей как в условиях стационара, так и в амбулаторной практике, а также здоровыми людьми для устранения острого эмоционального стресса [15, 24].

Однако следует помнить и о нежелательных свойствах БДА, наиболее частыми из которых являются:

- седация и поведенческая токсичность. Они могут вызывать не только психомоторные расстройства, но и нарушение координации, снижение внимания. Длительное применение может служить причиной нарушений когнитивной деятельности, которые не осознают сами пациенты;
- парадоксальные реакции. У отдельных больных зафиксирована отчетливая связь между приемом БДА и формированием агрессивного поведения;
- толерантность, привыкание и зависимость;
- синдром отмены и «феномен отдачи». Данные литературы свидетельствуют, что любой препарат БДА способен вызвать формирование зависимости и синдрома отмены даже на фоне применения малых доз. Наиболее характерными признаками синдрома отмены являются разнообразные нарушения со стороны ЖКТ, усиленное потоотделение, тремор, повышенная сонливость, головокружение, головная боль, непереносимость резких звуков и запахов, беспокойство, бессонница, раздражительность, тревога, шум в ушах, судорожные приступы и психотические реакции (последние возникают редко). Расстройства, связанные с прекращением приема БДА, могут проявляться «феноменом отдачи», которые возникают при резкой отмене препарата и напоминают симптомы того состояния, для купирования которого были назначены БДА [15, 24].

Несмотря на то что ТЦА относятся к группе препаратов, эффективных в лечении тревожных расстройств [26], в настоящее время этот вид терапии можно считать пройденным этапом.

Терапия ТЦА сопряжена с большим количеством осложнений. Иногда использование этих препаратов, особенно

в течение длительного времени (свыше 6 мес), сопровождается множеством побочных эффектов, среди которых седация, ослабление концентрации внимания, сосредоточенности. Это может вызвать определенные затруднения в профессиональной сфере (учебе, преподавательской работе, управлении автомобилем и др.). Ввиду таких обстоятельств больной вынужден соблюдать постельный режим или исключить прием препаратов, что означает прекращение лечения и дальнейшую хронизацию заболевания.

Необходимо отметить, что ТЦА оказывают отсроченный эффект, поэтому на раннем этапе лечения тревожных расстройств (в течение первых 2-4 нед) их следует сочетать с анксиолитиками. У ряда больных применение ТЦА невозможно (в случае наличия сердечно-сосудистой патологии, гиперплазия предстательной железы, открытоугольной глаукомы). Это вынуждает врачей снижать дозу антидепрессантов до заведомо неэффективных доз либо проводить короткие курсы лечения, что обуславливает низкий терапевтический эффект и повышает риск рецидивирования тревожных расстройств [9, 20].

Некоторые ТЦА могут вызывать снижение потенции, либидо, нарушение или задержку эякуляции [15]. Кроме того, эти препараты могут вызывать лейкопению, агранулоцитоз, апластическую анемию, ввиду чего необходимо контролировать состояние периферической крови.

В настоящее время в большинстве случаев лечения тревожных расстройств используют антидепрессанты группы СИОЗС. На сегодня доказано [2-4, 9, 11, 13, 15], что длительный прием этой группы антидепрессантов не приводит к изменению социальной активности пациентов и не требует ограничений в профессиональной деятельности.

При назначении лекарственных средств из группы СИОЗС необходимо учитывать соотношения эффективность/безопасность и цена/качество. Такой подход особенно актуален, поскольку современные препараты этой группы характеризуются высокой стоимостью. Далеко не каждый пациент располагает достаточными финансовыми средствами для приобретения необходимого количества этих лекарств, вследствие чего большинство пациентов возвращаются к принимаемым ранее — более дешевым и менее эффективным — препаратам.

Тем не менее в настоящее время антидепрессанты группы СИОЗС являются средствами первого ряда в терапии тревожных расстройств. Они могут использоваться в качестве монотерапии, а также в комбинации с другими препаратами — транквилизаторами, нейролептиками. Следует отметить, что не все препараты из этой группы демонстрируют одинаковую эффективность по отношению к тревожным расстройствам. Оптимальными являются препараты сбалансированного действия, к числу которых относится пароксетин. Преимуществами этих лекарственных средств являются хорошая переносимость, низкая частота выраженных побочных эффектов, удобство применения (однократный суточный прием вечером), возможность сочетанного применения с другими препаратами [2, 3, 7].

Согласно данным [7], многолетний опыт использования пароксетина (Рексетин®, Рихтер Гедеон) продемонстрировал его высокую противотревожную активность даже в тех случаях, когда в клинической практике регистрируются частые и интенсивные панические

приступы. Доказано, что длительный прием этого препарата не приводит к существенному изменению социальной активности пациентов и не требует профессиональных ограничений. У пароксетина отсутствуют активные метаболиты, в связи с чем терапию можно сочетать с приемом гипотензивных, противодиабетических и других средств, нередко необходимых пациентам по жизненным показаниям. При этом он не вызывает привыкания или зависимости, характерной для БДА.

Имеются указания на возможность применения β-блокаторов при тревожных расстройствах. Однако их эффективность при лечении таких больных низка. Они могут быть использованы для купирования выраженных соматических эквивалентов тревоги, особенно тремора и тахикардии. В то же время следует учитывать, что они противопоказаны при явлениях бронхоспазма; кроме того, эти препараты могут индуцировать депрессивную симптоматику и ослаблять терапевтическое действие антидепрессантов [24].

Применяемые в лечении тревожных расстройств нейролептики вызывают метаболические нарушения в организме, которые приводят к увеличению массы тела больных [28].

Некоторые противоэпилептические препараты последней генерации (габапентин, прегабалин, леветирacetам, ламотриджин) показывают высокий эффект в отношении редукции (ослабления) генерализованного тревожного расстройства.

В последнее время появились данные [4], свидетельствующие о применении афобазола в лечении начальных проявлений тревоги.

Применение иМАО сегодня ограничено в связи с возникновением серьезных побочных явлений: развитием гипертонического криза, спровоцированным употреблением тираминсодержащих продуктов или напитков (так называемого «сырного синдрома»). Тирамин присутствует в таких широко употребляемых продуктах и напитках, как мясо, сыр, вино. Кроме того, препараты этой группы могут вызывать психомоторное возбуждение, сонливость, увеличение массы тела, сексуальную дисфункцию.

Использование препаратов иМАО может спровоцировать маниакальный эпизод при наличии у пациента конституциональной предрасположенности.

Определенную роль в лечении тревожных расстройств играет психотерапия, хотя у некоторых пациентов развивается резистентность к этому виду терапии.

Имеются данные [1] о возможности использования фитопрепаратов в лечении тревожных расстройств, в частности, речь идет о средствах, которые состоят из смеси валерианы, мяты перечной и мелиссы, а также содержащих экстракт зверобоя [21].

Антидепрессивными свойствами обладают финики, содержащие большое количество дофамина; наряду с клюквой и красным виноградом они являются основными продуктами-антиоксидантами [23].

Фитотерапия показана для лечения легких форм тревожности (так называемой мягкой (подпороговой) тревоги).

Выводы

Таким образом, современные подходы к лечению тревожных расстройств зависят от фармакотерапевтических воздействий препаратов. Это моно- или комбинированная терапия с учетом приоритетного использования различных лекарственных средств, безопасных в применении и оказывающих максимальный терапевтический эффект.

В заключение следует отметить, что при отсутствии необходимых адекватных терапевтических воздействий тревожные расстройства в некоторых случаях трансформируются в тревожно-депрессивные состояния.

Литература

1. Авдеева Т., Кинкулькина М. Препараты растительного происхождения в терапии тревожных расстройств // Врач. — 2008. — № 11. — С. 49-52.
2. Аджигитов Р.Г. Возрастные, клинические и терапевтические аспекты тревоги в общемедицинской практике // Лечащий врач. — 2001. — № 2. — С. 31-35.
3. Аджигитов Р.Г. Современные тенденции в понимании и лечении тревожных состояний // Рос. мед. журн. — 2002. — № 1. — С. 43-45.
4. Балукова Е.В., Успенский Ю.П., Ткаченко Е.И. Тревожные расстройства у больных терапевтического профиля // Тер. архив. — 2007. — № 6. — С. 85-88.
5. Винчук С.М., Крылова В.В., Рогоза С.В. Тревожные расстройства с нарушением адаптации и методы их терапии // Международный неврол. журн. — 2008. — № 2. — С. 47-48.
6. Воробьева О.В. Психовегетативный синдром, ассоциированный с тревогой // Здоровье Украины. — 2007. — № 8. — С. 47-48.
7. Ениколопов С.Н. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями // Здоровье Украины. — 2006. — № 24/1. — С. 28.
8. Ибатов И., Сыркин А., Вейн А. Тревога и ишемическая болезнь сердца // Врач. — 2003. — № 9. — С. 8-11.
9. Колодюк Е.В. Современные подходы к психофармакотерапии тревожных расстройств // Международный неврол. журн. — 2006. — № 4. — С. 141-142.
10. Колодюк Е.В. Тревожные расстройства: диагностика и терапия // Здоровье Украины. — 2006. — № 3. — С. 17.
11. Краснов В.Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии // Социал. и клин. психиатрия. — 2008. — С. 33-38.
12. Лапина Н.С., Боровков Н.Н. Тревожно-депрессивные состояния у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Клиническая медицина. — 2008. — № 2. — С. 59-62.
13. Литвинцев С.В., Успенский Ю.П., Балукова Е.В. Новые возможности терапии тревожных расстройств // Рос. психиатр. журн. — 2007. — № 3. — С. 72-78.
14. Лукутина А. Коррекция тревожной симптоматики у пациентов с травмой опорно-двигательного аппарата // Врач. — 2008. — № 4. — С. 74-76.
15. Михайлов И.Б. Основы фармакотерапии детей и взрослых. — М.-СПб., 2005. — 798 с.
16. Мищенко Н. Тревожные расстройства — актуальная проблема медицины // Здоровье Украины. — 2006. — № 18. — С. 49.
17. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Всемирная организация здравоохранения. — Женева, 1994. — 208 с.
18. Остроумова О.Д. Артериальная гипертензия и тревожные состояния // Кардиология. — 2002. — № 2. — С. 95-99.
19. Психосоматические и соматические расстройства // Врачебный меридиан. — 2008. — № 1. — С. 31-34.
20. Сазонова А. Жизнь в тисках // Провизор. — 2006. — № 21. — С. 34-35.
21. Соловьева А., Акарачкова Е. Фитопрепараты в терапии тревожно-депрессивных расстройств // Врач. — 2007. — № 10. — С. 66-68.
22. Старостина Е.Г. Тревога и тревожные расстройства в практике кардиолога // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2006. — № 3. — С. 111-120.
23. Субботина И. Финики и силу дадут, и от депрессии спасут // Интересная газета. — 2007. — № 23. — Е-16.
24. Табеева Г.Р. Бензодиазепины: между риском и пользой // Неврологический журнал. — 2008. — № 5. — С. 4-9.
25. Тонгий Н.В. Тревожные расстройства в практике семейного врача // Вестник семейн. мед. — 2006. — № 3. — С. 7-9.
26. Филатова Е.Г. Тревога в общесоматической практике // Терапевт. архив. — 2007. — № 5. — С. 72-78.
27. Чазова Т.Е., Вознесенская Т.Г., Голицина Т.Ю. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, осложненным острым коронарным синдромом // Кардиология. — 2007. — № 6. — С. 10-14.
28. Ястребова Д.В. Метаболические нарушения при терапии антипсихотическими препаратами // Здоровье Украины. — 2006. — № 3. — С. 22-23.
29. Brenes G.A. Anxiety and chronic obstructive pulmonary diseases: prevalence, impact and treatment // Psychosomatic Med. — 2003. — Vol. 65. — P. 963-970.
30. Can R.E. Panic disorder and asthma: causes, effects and research implications // Psychosom. Res. — 1998. — Vol. 44 (1). — P. 43-52.
31. Kessle R.C., Mc Gonagle K.A., Zhao S. et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in United States, results from the National Comorbidity Survey Arch. Jy. // Psychiatry. — 1994. — Vol. 51. — P. 8-19.
32. Lydiard R.B. Irritable bowel syndrome, anxiety and depression: what are the links? // Clin. Psychiatry. — 2001. — Vol. 62 (8). — P. 38-45.