

Новые возможности в лечении тревожности при психосоматической патологии

Проблема психосоматической патологии за последние годы сформировалась как одно из важнейших направлений современной клинической медицины. Это обусловлено тем обстоятельством, что данная проблема непосредственно затрагивает сферу профессиональной деятельности разных специалистов – кардиологов, гастроэнтерологов, пульмонологов, эндокринологов, неврологов, психиатров и т. д., а также врачей-интернистов широкого профиля, в том числе семейных врачей.

Все психосоматические расстройства объединяет общий признак – сочетание нарушений психической и соматической сферы. Среди различных патологических проявлений психосоматической патологии со стороны ЦНС – астеноневротического, депрессивного, ипохондрического синдромов, когнитивных нарушений и др. – особое место занимает синдром тревоги.

Тревожность является одним из наиболее частых, а нередко и одним из наиболее ярких проявлений клинической картины как при различных формах психосоматики, так и в общемедицинской практике в целом. Распространенность тревожных расстройств в популяции достигает 15%, а у пациентов терапевтических стационаров – до 30%. Сочетание соматического заболевания и тревожного расстройства – коморбидность – в настоящее время рассматривается как предиктор неблагоприятного клинического течения и прогноза всех форм психосоматики, снижения эффективности соматической фармакотерапии и качества жизни пациентов.

Развертывание синдрома тревоги на начальной стадии развития психосоматики способствует формированию органической патологии за счет вовлечения в данный процесс нарушений нейровисцеральных взаимосвязей, «запускаемых» возникающим нейромедиаторным дисбалансом. Как известно, именно упомянутый дисбаланс лежит в основе патогенеза тревожных расстройств.

В подавляющем большинстве случаев удается выявить взаимосвязь между развитием тревожных состояний в рамках психосоматики и воздействием хронического (реже острого) стресса и/или процессом старения. Таким образом, стресс, являясь ключевым пусковым механизмом развития психосоматических заболеваний в целом, способствует формированию при этом психопатологических расстройств, в частности синдрома тревоги.

В рамках психосоматики никакая, даже самая эффективная, соматическая фармакотерапия не окажется результативной в долгосрочном плане без соответствующего воздействия на психопатологическую симптоматику и функции ЦНС в целом.

В то же время врачи общей практики нередко недооценивают значимость психоэмоциональных нарушений при конкретной

кардиологической, гастроэнтерологической, пульмонологической и других патологиях психосоматической природы, рассматривая упомянутые нарушения как естественную эмоциональную реакцию на имеющееся соматическое заболевание. Подобное отношение чревато дальнейшим ухудшением клинического состояния и прогноза. Поэтому обоснованный выбор соответствующего психотропного средства наряду с адекватной соматической терапией является необходимым условием успешного лечения всех форм психосоматической патологии.

Патогенез тревожных расстройств достаточно сложен. По современным представлениям, развитие тревоги не является результатом дисфункции какой-либо одной нейромедиаторной системы, а отражает возникновение системного регуляторного дисбаланса различных нейромедиаторов на разных уровнях структурно-функциональной организации – от молекулярного до уровня целостного мозга. Ключевое место в формировании отмеченного дисбаланса занимает ГАМК-эргическая система. Именно нарушения ГАМК-зависимых процессов в ЦНС опосредуют дисфункцию серотонин-, катехоламин- и пептидергических систем, приобитающихся при последующем развитии и прогрессировании тревожных расстройств роль самостоятельных патогенетических механизмов. Поэтому базисная патогенетическая терапия синдрома тревоги, особенно на ранних этапах, должна основываться на применении ГАМК-эргических лекарственных средств, а именно анксиолитиков.

Следует подчеркнуть, что различные седативные средства, в том числе фитопрепараты, широко рекомендуемые при тревожности, не являются в данном случае патогенетической терапией и не устраняют собственно тревожность, а лишь уменьшают сопутствующие явления нервозности, возбуждения, улучшают засыпание и т. д., поэтому в лечении тревожных расстройств их следует рассматривать лишь как один из инструментов комплексной терапии.

Аналогично не являются патогенетическим инструментом лечения тревожности препараты-адаптогены и вегетостабилизаторы вследствие отсутствия у них непосредственного влияния на комплексный нейромедиаторный дисбаланс – основу развития данного синдрома. Эти препараты в принципе лишены собственно психотропного действия и не могут рассматриваться как средства коррекции психопатологических синдромов.

Наконец, применение антидепрессантов целесообразно только при тяжелых формах тревожных расстройств (генерализованном тревожном расстройстве, панических атаках, социальной фобии), относящихся уже к компетенции психиатра, либо при преобладании в клинической картине депрессивной симптоматики или выраженных ипохондрических проявлений. В то же время при наиболее частых в рамках психосоматики простых по своей клинической структуре тревожных расстройствах невротического уровня именно анксиолитики следует рассматривать в качестве препаратов выбора.

Одним из путей развития фармакологии анксиолитиков стало создание бензодиазепинов с коротким периодом полувыведения (алпразолама, мидазолама, гидазепама), что позволило уменьшить проявления их недостатков, однако не устранить их. Включение

подавляющего большинства представителей бензодиазепинов в список психотропных средств с соответствующими жесткими требованиями к их прописыванию существенно ограничивает их доступность.

Альтернативным путем разработки лекарственных средств для фармакотерапии тревожных расстройств стали синтез и внедрение в практику анксиолитиков нового поколения – небензодиазепиновой природы с принципиально иными механизмами действия на ГАМК-эргические процессы и обладающих такими клинико-фармакологическими свойствами:

- способностью устранять комплекс тревожно-невротических проявлений – собственно тревогу, напряжение, беспокойство, страх, психоэмоциональные расстройства, нарушения сна;
- возможностью обеспечивать поддержку привычного ритма жизни и социальной активности (работа, учеба и т. д.);
- безопасностью (минимальное число побочных эффектов, отсутствие серьезных побочных эффектов);
- сочетаемостью с другими сомато- и психотропными средствами в рамках комплексной терапии (минимальный потенциал межлекарственного взаимодействия);
- удобством применения (достижение комплаенса);
- экономической и медицинской доступностью.

Именно с внедрением в практику анксиолитиков нового поколения связан значительный прогресс в лечении всех типов тревожных расстройств как в психиатрии и неврологии, так и в общемедицинской практике. Одним из наиболее известных и перспективных их представителей является Афобазол.

Афобазол – один из немногих анксиолитиков нового поколения с детально изученными механизмами действия и серьезной доказательной базой клинической эффективности, в том числе и в рамках психосоматики, что позволяет достаточно обоснованно подходить к оценке его возможностей в терапии синдрома тревоги различного генеза.

Афобазол относится к препаратам небензодиазепиновой природы и является производным 2-меркаптобензимидазола. Препарат синтезирован в Российской Федерации в Институте фармакологии РАМН.

Афобазол обладает уникальным среди анксиолитиков механизмом действия и относится к подгруппе мембранных модуляторов ГАМК_A-бензодиазепин-рецепторного комплекса. Под воздействием данного препарата нормализуется конформационная структура упомянутого рецепторного комплекса, изменяющаяся в процессе развития тревожного расстройства. Афобазол способствует улучшению рецепторного связывания ГАМК, то есть активизации ослабленной при стрессе, старении, неврозах, психосоматической патологии и других состояниях естественной физиологической системы тормозной нейромедиации. Таким образом, Афобазол обладает максимальным физиологическим механизмом действия по сравнению с бензодиазепинами, мембранопротекторными свойствами и выраженной анксиоселективностью фармакологического эффекта.

Клинико-фармакологический спектр Афобазола характеризуется:



С.Г. Бурчинский

- наличием выраженного анксиолитического эффекта;
- наличием выраженного, но при этом мягкого психостимулирующего (активирующего) действия;
- отсутствием седативного, миорелаксирующего, снотворного эффектов;
- благоприятным влиянием на ассоциированные с тревожностью когнитивные расстройства;
- выраженным вегетостабилизирующим действием.

Подобный, необычный для классических анксиолитиков и весьма перспективный спектр действия Афобазола послужил причиной интенсивного клинического изучения упомянутого препарата.

Одним из ведущих направлений в клинических исследованиях Афобазола стало изучение его возможностей при различных тревожных расстройствах в рамках психосоматической патологии.

Достаточно подробно проанализирована клиническая эффективность и безопасность Афобазола, прежде всего при кардиологической патологии психосоматической природы – ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, а также при нейроциркуляторной дистонии.

Наиболее значимыми с клинической точки зрения следует считать выявленные выраженные анксиолитический и психоактивирующий (без избыточной стимуляции) эффекты Афобазола. Его терапевтическое действие при всех формах патологии проявлялось начиная с 3–7-го дня лечения в виде достоверной редукации тревоги, повышенной раздражительности и аффективной лабильности; устранения или существенного ослабления повышенной истощаемости, апатии, сниженного эмоционального фона, дневной сонливости; снижения интенсивности головных болей, потливости, тахикардии.

К концу 1-й недели терапии препаратом отмечалась нормализация сна – редуцировались трудности засыпания, кошмарные сновидения; заметно сокращалась частота ночных пробуждений.

Клинически значимая положительная динамика соматовегетативных и когнитивных нарушений регистрируется несколько позже – на 2-й неделе лечения; постепенно уменьшаются проявления вегетативной лабильности, нормализуется память и концентрация внимания (2–3-я неделя приема препарата). При этом параллельно выявляется мягкое активирующее действие Афобазола.

Отмеченные эффекты продолжают развиваться в течение 30 дней приема препарата (доза 30–40 мг/сут была достоверно эффективнее дозы 15 мг/сут), что свидетельствует о дозозависимом характере действия Афобазола. Важно подчеркнуть, что когнитивные проявления тревоги редуцируются несколько раньше, чем вегетативные.

В то же время обращает на себя внимание не свойственное большинству анксиолитиков



выраженное соматотропное действие Афобазола. Под влиянием данного препарата отмечается достоверное снижение как систолического, так и диастолического артериального давления, количества суправентрикулярных и вентрикулярных экстрасистол, проявлений суправентрикулярной тахикардии. Описанные эффекты могут послужить основанием для возможного сокращения дозы соответствующих антигипертензивных либо антиаритмических средств, применяемых в качестве базисной соматотропной терапии, что позволяет повысить безопасность лечения и улучшить комплаенс.

В целом Афобазол оказался наиболее эффективным при относительно простых по своей психопатологической структуре тревожных расстройствах с выраженным астеническим компонентом и психовегетативными расстройствами, то есть именно при тех формах, которые наиболее часто встречаются при психосоматической патологии.

В рамках прямых сравнительных исследований эффективности и безопасности Афобазола и «эталонного» бензодиазепамина — диазепамы — была выявлена более благоприятная динамика клинической симптоматики под влиянием Афобазола, а именно: более полная и гармоничная редукция тревожных проявлений и достоверно более выраженное влияние на соматические симптомы. Кроме того, количество пациентов с отсутствием ответа на терапию оказалось в 3 раза выше среди получавших диазепам.

При этом Афобазол в отличие от диазепамы характеризуется высоким уровнем безопасности, что позволяет пересмотреть устоявшиеся взгляды на риск анксиолитической терапии. Афобазол практически лишен всех основных недостатков бензодиазепинов — развития вялости, заторможенности, когнитивных нарушений. Особенно важно подчеркнуть, что препарат не вызывает привыкания, зависимости и развития синдрома отмены. Незначительно выраженные и редко встречающиеся легкая сонливость, головная боль, диспепсические расстройства, как правило, возникают на 1-й неделе лечения и проходят самостоятельно либо при уменьшении дозы препарата.

Еще одним преимуществом Афобазола (в отличие от бензодиазепинов) является низкий потенциал межлекарственного взаимодействия. Данный препарат можно безопасно сочетать с приемом других психотропных средств. В клиническом плане это особенно актуально при комбинированной терапии анксиолитиками и антидепрессантами при лечении тревожно-депрессивных расстройств; при сочетании с ноотропами и вазотропами — в терапии цереброваскулярных заболеваний; наконец, с кардиотропными и антигипертензивными средствами — при лечении кардиологической патологии. Афобазол также не потенцирует наркотического действия алкоголя.

Таким образом, Афобазол представляет собой анксиолитик нового поколения, оптимально сочетающий высокую эффективность и безопасность. Это находит свое отражение в высокой степени комплаенса — от 70 до 100% пациентов, получавших препарат, выразили желание продолжать терапию. Афобазол является препаратом выбора для социально активных пациентов с психосоматической патологией, стремящихся сохранить привычный образ жизни и полноценную работоспособность и одновременно минимизировать негативные последствия стрессовых ситуаций, а также связанных с ними тревожных и психовегетативных расстройств.

Необходимо подчеркнуть, что клиническое изучение препарата в настоящее время продолжается. В связи с этим особо ценным представляется накопление отечественного опыта использования данного препарата, что может позволить выявить новые клинико-фармакологические аспекты действия Афобазола и расширить сферу его применения.

Список литературы находится в редакции.

НОВИНИ МОЗ

Бюджет Министерства охраны здоровья Украины на 2010 рік

Консолідований бюджет медицини зростає на 9 млрд грн. Про це йдеться в Законі України «Про Державний бюджет України на 2010 рік». Видатки Міністерства охорони здоров'я України і державних програм, які на сьогодні фінансуються через міністерство і забезпечують лікування громадян, придбання лікарських засобів, медичного обладнання і т. ін., збільшено приблизно на 600 млн грн. Це дозволить вирішити низку актуальних проблем галузі.

Пріоритетним для Президента, уряду та Верховної Ради України сьогодні є питання створення потужної первинної ланки медичної служби. У державному бюджеті на 2010 рік також передбачено збільшити обсяги фінансування на боротьбу з туберкульозом, профілактику та лікування СНІДу, медичну допомогу онкологічним хворим на 183 млн грн, що, на думку фахівців, сприятиме зниженню показників захворюваності і смертності від цих патологій.

На централізовану закупівлю високотехнологічного обладнання для закладів охорони здоров'я виділено 72 млн грн, на 5 млн грн збільшено фінансування централізованих програм із трансплантації органів і тканин. Кошторис адресної допомоги пацієнтам із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями збільшено на 35 млн 522 тис. грн.

Труднощі сьогодні спостерігаються й у діяльності функціонуючої в країні служби крові: за статистикою, протягом останніх років кількість донорів в Україні зменшилася в 2,3 рази. У рамках програми розвитку Банку донорської крові планується розпочати реорганізацію служби крові, для цього передбачено виділити на 2 млн грн більше порівняно з минулорічним бюджетом.

За демографічними показниками Україна належить до країн світу, у яких смертність перевищує народжуваність. Частка громадян пенсійного віку у нашій державі становить близько 24% і, за прогнозами, зростатиме. Тому збереження репродуктивного здоров'я нації вкрай важливе. З цією метою на фінансування програми «Репродуктивне здоров'я» в поточному році додатково виділено 10 млн грн.

Україна і Білорусь визначили напрями співпраці в галузі охорони здоров'я

У м. Мінську (Білорусь) відбулося засідання Білорусько-Української робочої групи з питань співробітництва в галузі охорони здоров'я. У заході взяли участь заступник Міністра охорони здоров'я України Олександр Гудзенко та заступник Міністра охорони здоров'я Білорусі Валерій Шевчук.

Сторони дійшли згоди щодо необхідності активізації співпраці у таких сферах, як гінекологія, перинатологія, трансплантологія включно з організацією служби транспланткоординації, телемедицина тощо. Актуальним для обох країн також є запровадження високих технологій в галузі з метою забезпечення якісно нового рівня надання медичної допомоги населенню.

«Співробітництво наших двох країн в галузі охорони здоров'я є дуже важливим. Народи України і Білорусі об'єднують спільну історію, спільні тенденції розвитку технологій і ринку лікарських засобів. У кожній зі сторін є власні успішні надбання в цих питаннях, тому відкритий діалог і пошук спільних інтересів, що приносять користь населенню обох країн, є вкрай вигідними і актуальними», — зазначив Олександр Гудзенко.

У рамках засідання сторони обговорили можливість організації консультацій для пацієнтів у режимі реального часу за допомогою відеоконференцзв'язку, а також перспективи співробітництва білоруських фахівців з Інститутом електрозварювання ім. Є.О. Патона і Міжнародною асоціацією «Зварювання» з розробки високочастотних електрокоагуляторів. Крім того, українські фахівці допоможуть білоруським колегам у питаннях організації і функціонування різномірної системи надання перинатальної допомоги в республіці.

Представники обох відомств домовилися всебічно сприяти розширенню прямих зв'язків між науковими та медичними закладами, а також розвитку співробітництва профільних організацій відповідно до раніше укладених договорів.

За інформацією прес-служби МОЗ України

АНОНС

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова Минздравсоцразвития РФ

XXIII Международный конгресс с курсом эндоскопии НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

7-10 июня 2010 года, г. Москва, Россия

Основные направления работы конгресса

- Современные возможности диагностики и коррекции гинекологической патологии
- Применение эндоскопии в сферах реконструктивной хирургии, репродуктологии, акушерства, фетальной хирургии и тазовой хирургии и онкогинекологии
- Альтернативные высокотехнологичные методики диагностики и лечения женских болезней

Руководители конгресса

Председатель оргкомитета — директор ФГУ «НЦ АГиП Росмедтехнологий им. В.И. Кулакова», академик РАМН, профессор Г.Т. Сухих

Президент конгресса — заместитель директора ФГУ «НЦ АГиП Росмедтехнологий им. В.И. Кулакова» по научной работе, академик РАМН, профессор Л.В. Адамьян

Контактная информация: тел.: +7 (495) 438-34-11, +7 (495) 438-85-39, +7 (495) 438-24-55, +7 (495) 438-94-00, +7 (495) 545-89-91
факс: +7 (495) 438-34-11, +7 (495) 438-85-39, +7 (495) 438-40-68; e-mail: endogyn@mail.ru.

По вопросам регистрации обращаться: +7 (495) 721-88-66 (доб. 108).

По вопросам размещения в гостинице обращаться: +7 (495) 721-88-66 (доб. 114).



MIM-KYIV

Программа MBA «Современный менеджмент в здравоохранении»

Программа содержит такие ключевые блоки:

- правовое регулирование хозяйственной деятельности в сфере здравоохранения;
- финансовые аспекты деятельности учреждений здравоохранения;
- управление медицинским бизнесом;
- практика организации здравоохранения.

Программа рассчитана на:

- руководителей медицинских учреждений и их заместителей;
- главных врачей, заведующих отделениями, руководителей других звеньев как бюджетных, так и частных медицинских учреждений;
- руководителей органов государственного управления в области здравоохранения;
- собственников медицинских учреждений.



Бизнес-школа MIM-Киев:

www.mim.kiev.ua
(044) 585-02-68, 585-02-60, 585-02-61
welcome@mim.kiev.ua

Лицензии МОН України АВ № 363643 от 17.12.2007, АВ № 395459 от 22.04.2008