

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Л.В. Ромасенко, А.Ф. Кузьмичев
ФГУ ГНЦ ССП Росздрава, Москва

Изложены современные представления относительно клиники и организации психофармакотерапии тревожно-фобических (ТФР) и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов общей медицинской практики. Рассматриваются вопросы классификации, диагностики ТФР, особое внимание уделено паническому расстройству. Подчеркивается не только наличие высокой коморбидности отдельных вариантов тревожных расстройств, но и их частое сочетание с депрессией. Представлены основные группы лекарственных средств, применяемых для лечения тревожно-депрессивных расстройств: транквилизаторы бензодиазепинового ряда, нейролептики, антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, антидепрессанты трициклического ряда.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства, депрессия, паническая атака, транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты

У пациентов общей медицинской практики встречаются практически все известные психические расстройства, прежде всего те, которые протекают в форме различных соматизированных синдромов и имитируют серьезные соматические заболевания — ишемическую болезнь сердца, бронхиальную астму, болезни желудочно-кишечного тракта, урологические, гинекологические и другие заболевания [1–4]. Кроме того, проявления соматической болезни у пациентов могут сочетаться с разнообразными невротическими, соматоформными и более тяжелыми психическими расстройствами — депрессией, невротической шизофренией и др. [5, 6].

В структуре перечисленных психопатологических синдромов наиболее актуальными являются тревожные расстройства, о чем свидетельствуют следующие данные по их распространенности [7]. В общей популяции они встречаются с частотой от 5 до 10 % (в зависимости от метода оценки); у пациентов общей медицинской практики — до 25–30 %. Половина первичных обращений в гастроэнтерологическое отделение обусловлена такими расстройствами, как синдром раздраженного кишечника и функциональная диспепсия, при которых тревога является одним из основных симптомов. Около 20 % первичных обращений кардиологических пациентов в поликлинику обусловлено трево-

гой. Более 50 % первичных обращений в неврологическую клинику связано с головной болью и головокружением в связи с тревогой.

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) выделены следующие тревожно-фобические расстройства (ТФР): агорафобия, социальная фобия, специфические (изолированные) фобии; паническое расстройство; генерализованное тревожное и смешанное тревожно-депрессивное расстройства.

Как правило, такие реакции переходящи и не требуют специального лечения. Врачу достаточно правильно объяснить больному особенности его заболевания и терапии. Важно, чтобы такие объяснения были понятны больному, формировали у него адекватное восприятие его болезни, способствовали редукации психологически понятной тревоги. В тех случаях, когда врачу недостаточно ясны состояние больного и прогноз его заболевания, он не должен делиться с пациентом своими

В общей популяции тревожные расстройства встречаются с частотой от 5 до 10 %, у пациентов общей медицинской практики — до 25–30 %.

Клинические проявления ТФР и подходы к их диагностике

Феномены тревоги и страха по своей сути являются психологически понятными реакциями человека и носят защитный, адаптивный характер в ситуациях, воспринимаемых как опасные. Эти переживания пациентов формируются в виде тревоги в случаях установленного диагноза какого-либо соматического заболевания, неизвестности его прогноза, иногда — при необходимости инструментальных обследований, ожидании их результатов. Поэтому на начальных этапах соматического заболевания они встречаются у подавляющего большинства пациентов.

сомнениями. Врачу следует отложить разъяснительную беседу до окончания обследования. Как правило, при адекватных отношениях в системе врач—больной пациент адаптируется к новым обстоятельствам, связанным с имеющимся у него заболеванием, и тревожные невротические реакции у него редуцируются.

Значительно усложняется процесс диагностики в терапевтической клинике, когда ТФР, в частности панические атаки (ПА), агора-, социальные фобии, определяют картину болезни. В этих случаях врач-интернист должен вовремя понять необычность проявлений болезни, неэффективность предпринимаемых усилий по объективно-

му выявлению природы заболевания и осознать необходимость консультации психиатра.

ПА проявляется пароксизмальными приступами тревоги и страха (фобическими кризами) и сопровождается массивными соматовегетативными расстройствами (ощущением жара, сменяющегося ознобом, дрожью, массивным потоотделением, покраснением лица, чувством нехватки воздуха, сердцебиением, ощущением перебоев в сердце, повышением артериального давления, ощущением дурноты, позывами к мочеиспусканию, дефекации). Страх, которые испытывают пациенты с ПА, связаны с опасениями умереть, в т. ч. внезапно, или потерять здоровье (кардио-, инсультофобия). Больные могут испытывать страх опозориться в обществе (социофобия) в связи с императивными позывами к мочеиспусканию, дефекации; совершением какого-либо нелепого недозволенного поступка из-за острой потери рассудка, контроля над своим поведением и т. п.

Отмеченные психопатологические расстройства возникают либо в определенных ситуациях — в городском транспорте (чаще всего в метро), в закрытых либо открытых помещениях. В тех случаях, когда ПА возникают в определенных ситуациях и пациент сознательно их избегает, можно констатировать агорафобию.

В ряде случаев ПА возникают спонтанно, либо провоцируются эмоциональным напряжением, волнением. ПА продолжаются 10–20 минут. Пациенты, страдающие ТФР, обращаются за медицинской помощью с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца и обмороки, одышку, подъемы артериального давления, боли в животе, неустойчивый стул. Нередко первые обращения таких больных за медицинской помощью носят неотложный характер; далее их направляют на лечение в поликлинику, затем в стационар.

Обычно больные не рассказывают о том, что испытывают тревогу и страх, их жалобы сводятся к проявлениям соматического заболевания. Как правило, в процессе детального обследования в кардиологической

или гастроэнтерологической клинике устанавливают диагноз нейроциркуляторной дистонии (НЦД), синдрома раздраженного кишечника, дают соответствующие рекомендации. В тех случаях, когда истинная природа болезни остается нераспознанной, заболевание хронифицируется и утяжеляется до такой степени, что больные признаются нетрудоспособными в связи со стойкой агорафобией.

В тех случаях, когда тревожно-фобические расстройства определяют картину заболевания, врач-интернист должен вовремя понять необычность проявлений болезни, неэффективность предпринимаемых усилий по объективному выявлению природы заболевания и осознать необходимость консультации психиатра.

Диагностическая категория панического расстройства относительно нова, появилась в 1986 г. вначале в DSM-III (Диагностическом и статистическом реестре психических расстройств Американской психиатрической ассоциации), затем — в МКБ-10. Согласно МКБ-10, для установки диагноза ПА больные должны наблюдаться не менее месяца при обстоятельствах, не связанных с объективной угрозой; атаки не должны быть ограничены известными или предсказуемыми ситуациями; состояние больного между атаками должно быть сравнительно свободным от тревожных симптомов, хотя тревога предвосхищения паники является обычной. В действительности при формировании ТФР с ПА, агора- или социальной фобией наряду с пароксизмами тревоги и страха всегда присутствует ожидание возможного приступа, что послужило поводом обозначить эти состояния как невроз ожидания.

Этиология ТФР разнообразна, может иметь невротический характер или быть связанной с аффективной патологией или другими психическими заболеваниями. В общей медицинской практике ТФР наиболее часто наблюдаются у пациентов с НЦД. При этом существует два варианта ТФР, коморбидных НЦД, — невротический и депрессивный. При невротическом

варианте ТФР выявляются определенные особенности манифестации, структуры, динамики, а также курбельности этих расстройств и прогноза заболевания. Понятие “условие манифестации” наиболее адекватно для оценки начала болезни, поскольку очень часто однозначная трактовка ее этиологии и генеза невозможна. Обращает на себя внимание отчетливая связь начала болезни с психогенией.

В значительной части случаев речь идет о внезапной смерти близкого человека, связанной с заболеванием сердца, либо о ятрогении — подозрении на тяжелое заболевание, или ситуации, возникшей в процессе обследования. Реже роль психогении играет ситуация пережитой непосредственной угрозы жизни (причем подчас не всегда объективной). В половине случаев у пациентов мужского пола манифесту невроза предшествует период злоупотребления алкоголем на фоне актуальной психогении, когда наблюдается фиксация (по механизму психогенеза) вегетативных нарушений абстинентного синдрома с развитием ТФР.

Помимо ТФР у больных выявляются нарушения сна, тревожное ожидание ПА, снижение трудоспособности, настроения и активности вплоть до развития вторичных депрессивных расстройств. У этой группы пациентов эффективность терапии зависит от ранней диагностики, своевременного выбора адекватной модели болезни, учета преморбидных личностных особенностей больного. Неадекватная диагностика на начальных этапах способствует хронификации болезни за счет формирования симптомов избегания (агорафобии) ряда ситуаций, усугубления личностных расстройств, ипохондрии, значительно снижающих адаптацию больных.

К специфическим (изолированным) фобиям относят навязчивые страхи в строго ограниченных ситуациях: боязнь определенных животных, боязнь естественных явлений окружающей среды (высоты, грозы и др.), боязнь определенной ситуации (полета в самолете, перемещения в лифте), боязнь вида крови, инъекций и т. п.

Страхи, как правило, возникают в раннем детстве – в определенной провоцирующей ситуации. Французский психиатр Morel В.А. называл эти страхи психической идиосинক্রазией, понимая под этим индивидуальную особую чувствительность к определенным воздействиям, в принципе нейтральным для большинства людей [8].

В МКБ-10 приводятся следующие критерии специфических фобий: 1) психологические, поведенческие и (или) вегетативные симптомы должны быть первичным выражением тревоги и страха; 2) тревога должна ограничиваться лишь определенным фобическим объектом или ситуацией; 3) избегание, когда это возможно, фобической ситуации или объекта.

Тем не менее изолированные фобии, как показывает практика, не исчерпывают клинической картины заболевания. Более того, они не являются, как правило, самостоятельной жалобой пациента, а могут быть обнаружены в контексте иных тревожных расстройств, у других больных – при актуализации “идиосинক্রазии” ситуации (например, при необходимости авиапутешествия).

Генерализованные тревожные расстройства (ГТР) выражаются стойкой тревогой, не ограниченной какими-либо обстоятельствами; проявляются опасениями за здоровье и жизнь свою и близких людей, дурными предчувствиями, соматическими симптомами в виде мышечного напряжения, различными вегетативными расстройствами. Подобные современные представления о ГТР (МКБ-10), по существу, соответствуют клинической картине тревожно-мнительного синдрома, описанного в начале XX в. русским психиатром Сухановым С.А. Как правило, ГТР обнаруживают коморбидность с другими тревожными расстройствами, депрессией.

Повседневная практика свидетельствует не только о высокой коморбидности отдельных вариантов тревожных расстройств, но и об их частом сосуществовании с депрессией – у 80 % депрессивных больных выявляются социальные фобии либо паническое расстройство [9]. В соответствии с распространенной точкой зрения тревога так часто сочетается с депрессией, что возникает вопрос: существуют ли различия между ними? Действительно, при сравнении структуры депрессивного и тревожного расстройств эти различия в значительной мере нивелируются – и в том и в другом случае в качестве ведущих симптомов выступают измененный аффект, расстройства психической активности, нарушения соматического тонуса. Известный отечественный психиатр Каннабих Ю.В. еще в 1914 г. в связи с этим писал о наличии глубоких межсиндромальных связей между тревожными, тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами, о существовании тревожно-фобических эквивалентов депрессии.

Эта клиническая реальность находит свое отражение в признании смешанных тревожно-депрессивных расстройств в современной психиатрической номенклатуре, в обосновании лечебной тактики у пациентов общей медицинской практики, страдающих тревожными расстройствами.

Лечение тревожно-фобических и коморбидных депрессивных расстройств

Терапия наиболее распространенных в клинике внутренних болезней ТФР должна осуществляться в соответствии с принципами, разработанными как в отечественной психиатрической практике, так и за рубежом. Препаратами первого ряда при терапии ТФР являются транквилизаторы, поскольку именно они обладают необходимым для лечения спектром терапевтической активности: анксиолитическим, седативным, вегетостабилизирующим.

Показаны транквилизаторы бензодиазепинового ряда: диазепам (Седуксен, Реланиум, Валиум); альпразолам (Ксанакс), лоразепам, феназепам,

клоназепам (Ривотрил). В условиях терапевтического стационара предпочтительно парентеральное введение транквилизаторов – внутримышечное или внутривенное в малых и средних терапевтических дозах (по 10–15 инъекций на курс). Обычно назначают по 2–4 мл 0,5 %-ного раствора Реланиума (Седуксена) на 200–400 мл физиологического раствора (возможно на 5 %-ном растворе глюкозы) внутривенно капельно. Помимо этого добавляют небольшие дозы транквилизаторов для приема внутрь или сублингвально (при ПА). Таким образом, при активной терапии в стационаре в среднем назначают 20–30 мг транквилизаторов бензодиазепинового ряда в сутки.

В некоторых случаях при наличии выраженных побочных эффектов на фоне терапии указанными транквилизаторами (повышенный седативный эффект, артериальная гипотония, миастенический синдром) целесообразно назначение дневных транквилизаторов – мезапама, медазепам (Рудотеля), оксазепам (Тазепам) – в суточной дозе 30–60 мг. Особое значение в этих случаях может иметь терапия клоназепамом, поскольку он эффективен в малых дозах (от 1 до 2 мг/сут). Столь высокая эффективность малых доз клоназепам обусловлена особенностями фармакокинетических свойств препарата. Клоназепам является типичным представителем группы высокопотенцированных производных бензодиазепина нового поколения – парциальным антагонистом бензодиазепиновых рецепторов. Высокий аффинитет препарата к бензодиазепиновым рецепторам объясняет его эффективность в малых дозах [10].

Несмотря на высокую эффективность транквилизаторов при лечении тревожно-депрессивных расстройств, следует помнить о возможности развития привыкания к этим препаратам. Поэтому лечение транквилизаторами целесообразно проводить короткими интенсивными курсами, комбинировать лечение транквилизаторами с нейролептиками в малых дозах – тиоридазином (Сонапаксом) от 30 до 50 мг/сут; перфеназином (Этаперазином) 4–6 мг/сут; сульпиридом (Эглонилом) 100–200 мг/сут; галопе-

риолом 1,5–3 мг/сут. Кроме того, для предотвращения привыкания могут использоваться транквилизаторы небензодиазепиновой структуры: мебикар (Адаптол), Афобазол, гидроксизин (Атаракс), этифоксин (Стрезам).

Наиболее мощным противотревожным и антифобическим действиями обладают антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). В порядке убывания их эффективности СИОЗС могут быть представлены следующим образом: пароксетин (Паксил, Рексетин) – 20–40 мг/сут, флувоксамин – 100–300 мг/сут, сертралин (Золофт, Асентра) – 50–100 мг/сут, эсциталопрам (Ципралекс) – 10–20 мг/сут, циталопрам (Ципрамил) – 20–40 мг/сут, флуоксетин (Прозак) – 20–40 мг/сут. Препараты этой группы удобны в применении, т. к. принимаются один раз в сутки (кроме флувоксамина). Побочные эффекты при их приеме минимальны. Терапевтический эффект развивается к 10–14-му дню терапии, поэтому их целесообразно назначать в сочетании

с транквилизаторами с первых дней лечения в расчете на минимизацию или даже отмену транквилизаторов после 2-й недели терапии. Длительность терапии антидепрессантами из группы СИОЗС – от 2 до 6 месяцев; возможна длительная поддерживающая терапия.

В связи с высоким удельным весом коморбидных депрессивных расстройств возникает необходимость специального лечения таких больных антидепрессантами трициклического ряда (амитриптилином, имипрамином, кломипрамином). Дозы определяются выраженностью депрессии (как правило, малые и среднетерапевтические). Возможно также применение антидепрессантов иной структуры и с иным механизмом действия: мапротилина (Людиомила), миансерина (Леривона), тианептина (Коаксила) в малых и средних терапевтических дозах.

Терапия в условиях терапевтического стационара должна продолжаться не менее 3 недель, далее осуществляется активная амбулаторная (3–4 недели) и поддерживающая (3–4 месяца) терапия. В период медикаментозного

лечения необходимо проведение психотерапевтических бесед, носящих вначале отвлекающий, а далее разъяснительный и успокаивающий характер. Следует подчеркнуть, что сам факт пребывания в терапевтическом стационаре является мощным психотерапевтическим воздействием и, как правило, ПА не регистрируются. Целесообразно проведение пробных отпусков для закрепления достигнутого успеха, но не ранее чем через 2 недели от начала терапии.

Заключение

Таким образом, тревожно-депрессивные расстройства представляют собой отдельную клиническую проблему в общей медицинской практике с точки зрения как их диагностики, так и организации лечения. Эффективность оказания медицинской помощи соответствующему контингенту больных в значительной мере зависит от правильно организованного междисциплинарного сотрудничества терапевтов, психиатров и психотерапевтов [11].

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М., 1997. 576 с.
2. Краснов В.Н. Психосоматические и соматоформные расстройства: критерии диагностики и подходы к терапии // Антидепрессант Леривон в терапевтической практике. М., 1997. С. 12–13.
3. Ustun TB, Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An International Study. Chichester, England: Wiley; 1995.
4. Wittchen H.-U. Отчет рабочей группы Европейской коллегии по нейропсихофармакологии (ЕСНП) и вопросам распространенности психических расстройств в Европе и связанным с ними бременем (реферат) // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2005. № 4. С. 42–44.
5. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства // Социальная и клиническая психиатрия. 1997. № 1. С. 5–18.
6. Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. 2002. № 4. С. 86–90.
7. Kaplan HI, Sadock BJ. Клиническая психиатрия. Пер. с англ. М., 1999. 505 с.
8. Асатиани Н.М. Особенности клиники и течения невроза навязчивых состояний. Дисс. докт. мед. наук. М., 1965. 572 с.
9. Вертоградова О.П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия // Тревога и обсессии. М., 1998. С. 113–131.
10. Дюкова Г.М., Воробьева О.В. Клоназепам (ривотрил) в лечении панических расстройств // Тревога и обсессии. М., 1998. С. 296–305.
11. Ромасенко Л.В. Междисциплинарные проблемы диагностики и терапии психосоматических расстройств // Российский психиатрический журнал. 1999. № 2. С. 54–57.

Информация об авторах:

Ромасенко Любовь Владимировна – доктор медицинский наук, профессор, руководитель отделения психосоматических расстройств ФГУ ГНЦ ССП Росздрава (lromasenko@mail.ru).
Кузьмичев А.Ф. – аспирант ФГУ ГНЦ ССП Росздрава, Москва