

А.М. Кожина, Л.М. Гайчук
Харьковский национальный медицинский университет

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТОВ АНТИОКСИДАНТНОГО И МЕМБРАНОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ

С условием большого распространения тревожных расстройств в популяции, их терапия занимает значительное место в современной психиатрии. Препарат Мексиприм® показан в выборе терапии патологической тревоги, так как обладает широким спектром эффективности, сочетанием антиоксидантного и мембранопротекторного действия, быстрого наступления клинического эффекта, не вызывая седации в дозе 250-500 мг 1-2 раза в сутки и хорошей переносимостью.

Проведенное исследование показало высокую эффективность комплексной системы коррекции тревожных расстройств и высокую эффективность препарата Мексиприм® на современном этапе.

Ключевые слова: тревога, адаптация к стрессу, психофармакотерапия, комплексный подход к лечению.

Психическое здоровье и психическое благополучие являются важнейшими составляющими высокого уровня качества жизни, позволяющими человеку считать свою жизнь полноценной, быть активными и творческими членами общества.

Тревожные расстройства (за исключением патологической тревоги с зависимостью от алкоголя и наркотических средств) относятся к наиболее распространенным формам психической патологии. По данным эпидемиологических исследований, на протяжении жизни тревожные состояния развиваются примерно у одной четвертой части популяции, их распространенность в населении составляет от 6 до 13,6%. Симптомы патологической тревоги выявляют у 30-40% больных, обращающихся к врачам общемедицинской практики [4, 5].

ВОЗ сравнивает тревогу и депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: тревожно-депрессивные расстройства выходят на первое место в мире как причина потери трудоспособности среди всех заболеваний, обогнав сегодняшних лидеров – инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания [1, 6].

Тревога – эмоциональное состояние, проявляющееся чувством внутреннего беспокойства, напряжения, неопределенной опасности, сопровождающееся вегетативными реакциями, имеющее направленность в будущее и содержащее в себе мобилизующий компонент.

В современных условиях общественной нестабильности и социально-экономической перестройки общества тревога становится хроническим явлением, многочисленные стрессовые ситуации могут вызвать тревогу, которая исчезает по мере разрешения проблем или потери их актуальности. Тем не менее, у некоторых людей тревога остается даже после исчезновения психотравмирующей ситуации.

Поскольку тревога является универсальным психофизиологическим феноменом, связанным с адаптацией к стрессу, важно проводить различие между физиологической (адаптационной) и патологической тревогой.

Физиологическая тревога напрямую связана с угрожающей ситуацией, усиливается адекватно ей – в условиях субъективной значимости выбора, при недостаточности информации, в условиях дефицита времени. Она обусловлена внешними факторами, ее продолжительность определяется продолжительностью стрессовой ситуации. Адаптационная тревога, как правило, непродолжительна и не достигает чрезмерной силы, препятствующей деятельности.

Патологическая тревога также может провоцироваться внешними обстоятельствами, однако ее возникновение в большей мере определяется внутренними психологическими и физиологическими причинами. Она проявляется беспочвенным неопределенным волнением, предчувствием опасности, грозящей

катастрофы с ощущением внутреннего напряжения с невозможностью расслабиться, не связана с реальной угрозой и может осознаваться, как беспредметное беспокойство. Ее уровень в значительной мере превышает привычное реагирование, соответствующее социальным, семейным и культуральным стереотипам. В отличие от физиологической, патологическая тревога всегда более продолжительна и выражена, приводит к истощению, а не усилению адаптационных возможностей организма и вызывает нарушение социального и личностного функционирования.

Особое место в медицинской практике занимает так называемая фармакогенная тревога, обусловленная способностью некоторых лекарственных средств при длительном приеме или отмене вызывать или усиливать симптомы тревоги (употребление препаратов щитовидной железы в высоких дозах; прием противоастматических средств (теофиллин); применение симпатомиметиков; длительный прием кортикостероидов в высоких дозах (50 мг или более преднизолона) и их отмена) [2].

В формировании тревожных расстройств лежит многофакторная обусловленность, в которой биологические, социальные и психологические факторы представлены в неразрывном комплексе, определяющим специфику их патогенеза и синдромогенеза.

К пусковым моментам развития тревожных расстройств можно отнести неблагоприятные социально-экономические факторы (безработицу, межнациональные и семейные конфликты, миграционные перемещения, злоупотребление алкоголем), психотравмирующие ситуации (природные катастрофы, террористические акты, аварии, криминальные эпизоды), тяжёлые заболевания (инсульты, черепно-мозговые травмы, артериальная гипертензия, опухоли и др.).

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 самых разных уровнях структурно-функциональной организации – от молекулярного до уровня целостного мозга. Регуляцию процессов адаптации при стрессе и психотравмирующих ситуациях осуществляют: лимбическая система и лимбико-ретикулярный комплекс, гипоталамус, гипофиз, кора надпочечников, периферические эндокринные железы. Наиболее активно в феномене тревоги участвуют две мозговые лимбические структуры, это – гиппокамп и миндалина. В экспериментальных усло-

виях было доказано, что инактивация рецепторов гистамина типа H1, расположенных в задней части гипоталамуса повышает уровень серотонина и уменьшает уровень тревоги. Ключевое место в формировании отмеченного дисбаланса традиционно отводят ГАМК-ергической системе. В то же время в последние годы накапливается все больше данных, свидетельствующих о важной роли в патогенезе тревожности серотониновой дисфункции – гиперактивности серотонинергической системы, а также глутаматной и нейропептидной медиации [3, 7, 8, 9, 10].

В клинической практике тревожные состояния могут наблюдаться как в рамках невротических расстройств в качестве самостоятельных нозологических форм (тревожно-фобические расстройства, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство), в сочетании с депрессивной симптоматикой (тревожно-депрессивные расстройства), так и в рамках психосоматической патологии или в результате воздействия хронического стресса (вне рамок конкретных нозологических форм)

Для клинической картины тревожных расстройств характерны: чувство тревоги, беспокойства, внутреннего напряжения с невозможностью расслабиться, ощущение опасности, навязчивые страхи, раздражительность и нетерпеливость, пониженная самооценка и уровень притязаний, невозможность сконцентрироваться, рассеянность. У подавляющего большинства больных отмечаются нарушения цикла сон-бодрствование (трудности засыпания с частыми пробуждениями и кошмарными сновидениями, а также ранние пробуждения с отсутствием свежести после сна).

Особенностью тревожных расстройств является их сомато-вегетативные проявления: сердечно-сосудистые (нарушения сердечного ритма, кардиалгии, колебания артериального давления, «приливы жара или холода», потливость, гипергидроз); дыхательные (чувство нехватки воздуха, одышка); неврологические (головокружение, головные боли, тремор, парестезии, напряжение и боль в мышцах); абдоминальные (тошнота, сухость во рту, диспепсия, нарушения аппетита) и мочеполовые (учащенное мочеиспускание, снижение либидо, импотенция).

В настоящее время в терапии тревожных расстройств используется комплексный подход, включающий в себя применение антидепрессантов, анксиолитиков, транквилизаторов, а также интенсивные психотерапевтические мероприятия.

Поскольку основной задачей нашего исследования явился подбор оптимальной терапии тре-

вожных расстройств в нашей работе мы провели оценку клинической эффективности препарата Мексиприм® (этилметилгидроксипиридина сукцинат).

Программа наблюдения за клиническим эффектом Мексиприма® выполнена на 63 больных тревожными расстройствами, у 16 больных диагностированы тревожно-фобические расстройства (F40), у 27 - паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) (F41.0) и у 20 - генерализованное тревожное расстройство (F41.1)

К преимуществам использования Мексиприма® в нашем исследовании следует отнести: широкий спектр эффективности в отношении всех видов тревожных расстройств; сочетание антиоксидантного и мембранопротекторного действия (ингибитор перекисного окисления липидов и дофамина, модулятор мембраносвязанных ферментов и рецепторных комплексов (бензодиазепинового, ГАМК, ацетилхолинового)); быстрое наступление клинического эффекта (4-7 дней); создание стабильной концентрации препарата в крови (отсутствие «провалов» и «пиков»); способность селективно уменьшать тревогу, не вызывая седации; отсутствие способности вызывать физическую и психологическую зависимость; назначение один или два раза в сутки, что, минимально обременяя пациента, обеспечивает соблюдение им режима лечения более надежно, чем при многократных приемах; отсутствие рецидивов при однократном пропуске приема препарата.

В ходе проводимой фармакологической терапии применялся Мексиприм® в дозе 250-500 мг 1 – 2 раза в сутки на протяжении от 2 до 6 недель.

Начальный противотревожный эффект препарата достигался на 4-7 день регулярного приема, положительная динамика состояния с достоверной редукцией основных симптомов выявлялась к началу 2-й недели и, вполне отчетливо, в начале 3-й недели терапии.

В целом Мексиприм® оказался эффективен у 87,9% больных, у 68,1% больных отмечалось полное, а у 23,8% частичное купирование тревожных проявлений (рис. 1).

На фоне применения Мексиприма® нами отмечена быстрая редукция тревожной симптоматики, нормализация фона настроения, исчезновение чувства внутреннего напряжения, нормализация фона настроения, стабилизация сомато-вегетативного статуса. Происходило повышение психофизической активности, увеличение уверенности в собственных силах и возможностях, что позволяло расширять контакты с окружающими, возобновить привычный

двигательный режим. Эта особенность терапии Мексипримом® в полной мере соответствовала цели скорейшего купирования тревожных расстройств, позволяла сократить сроки стабилизации состояния.

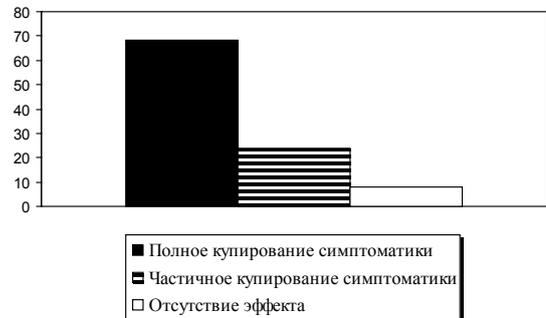


Рис. 1. Эффективность препарата Мексиприм®

Необходимо подчеркнуть благоприятное влияние препарата на когнитивное функционирование с акцентом на положительную динамику функций нейродинамики, внимания и мышления, что имеет важное клиническое значение и способствует успешной психосоциальной адаптации больных.

При оценке динамики показателей по психодиагностическим шкалам тревоги и депрессии на 3 неделе приема Мексиприма® отмечено снижение показателей до 13 и меньше баллов по шкале тревоги Гамильтона, 7 и менее баллов по Больничной шкале тревоги и депрессии, что свидетельствует об отсутствии тревожного эпизода (рис. 2).

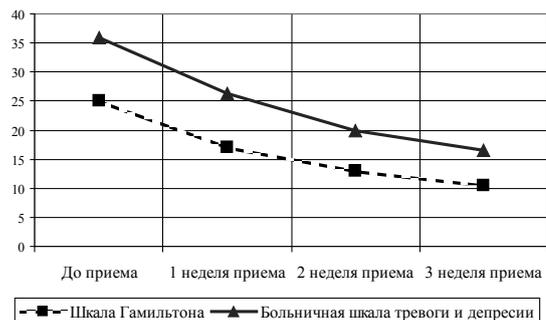


Рис. 2. Динамика показателей психодиагностических шкал на фоне применения препарата Мексиприм®

В результате исследования была выявлена хорошая переносимость препарата, меньшая выраженность и частота побочных эффектов, особенно в отношении высших психических функций. Побочные действия препарата отмечены у 9,7% больных и являлись дозозависимыми. В первые две недели приема

Мексиприма® наиболее частыми побочными явлениями со стороны желудочно-кишечного тракта является тошнота. Однако ни в одном случае данный факт не повлек за собой отмены препарата. Все остальные случаи побочных эффектов можно считать предсказуемыми (типичными для данного класса препаратов) и, в целом, быстро проходят при продолжении лечения и доступны для быстрой коррекции (рис. 3).

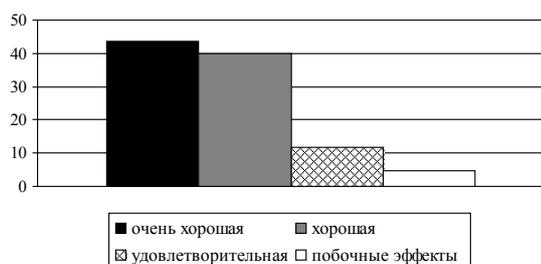


Рис. 3 Переносимость препарата Мексиприм®

Результаты проведенного нами исследования показывают, что для коррекции тревожных расстройств помимо фармакотерапии целесообразно применять комплексные психокоррекционные программы, предусматривающие поэтапное введение психотерапевтических методик в зависимости от личностных особенностей больных и содержательной части психотерапии

В состав вышеуказанных программ входят следующие психотерапевтические методики. Рациональная психотерапия, направленная на вскрытие патогенетической сути конфликта, определяющего запуск депрессивной реакции, переработку поведенческих стереотипов, нормализацию системы эмоционально-волевого реагирования, изменение системы отношений.

Личностно-ориентированная психотерапия, направленная на формирование адекватного самосознания, раскрытие и переработку внутреннего психологического конфликта и коррекцию неадекватных личностных отношений.

Методы психической саморегуляции, направленные на развитие и усиление процессов саморегуляции, самоконтроля и самообладания, регуляцию нарушений в вегетативной нервной системе, формирование компенсаторных механизмов.

Проведенное катamnестическое исследование показало высокую эффективность предлагаемой комплексной системы коррекции тревожных расстройств.

Таким образом, проведенное исследование показало высокую эффективность применения препарата Мексиприм® в терапии тревожных расстройств на современном этапе.

Литература

1. Аведисова А.С. Тревожные расстройства // В кн: Александровский Ю.А. «Психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение» - М: ГЭОТАР. МЕД - 2004 - С. 66 - 73.
2. Астапова В.М. Тревога и тревожность // СПб.: Питер - 2001 - С. 5-6, 143-156.
3. Кребс М.А. Нейробиология тревоги // Научная информация - 2000 - С. 1 - 4.
4. Левада О.А. Пациент с депрессией и симптомами тревоги: вопросы дифференциальной диагностики и терапии // Нейронews. - 2010. - 2 (21) - С. 18 - 24.
5. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні (інформаційно-аналітичний огляд за 2000 - 2009 р.) // Київ - Харків - 2010 - 160 с.
6. Маляров С.А. Прегабалин: новые возможности медикаментозной терапии генерализованного тревожного расстройства // Нейронews. - 2010. - 2 (21). - 4 - 7.
7. Bittner A, Goodwin RD, Wittchen HU, et al. What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? // Clin. Psychiatry. - 2004. - 65 (5) - P. 618-626
8. Fricchione G. Generalized anxiety disorder // New Engl J Med. - 2004. - 351 (7) - P. 675-682.
9. Rouillon F. Depression comorbid with anxiety or medical illness: The role of paroxetine // Int J Psychiat Clin Practice. - 2001. - Vol. 5. - P. 3-10.
10. Toni C. et al. A prospective naturalistic study of 326 panicagorafobic patients treated with antidepressants // Pharmacopsychiatry. - 2000. - Vol. 33 (4). - P. 121-131.

А.М. Кожина, Л.М. Гайчук
**НОВІ МОЖЛИВОСТІ
 В ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНИХ
 РОЗЛАДІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ
 ПРЕПАРАТІВ АНТИОКСИДАНТНОЇ
 ТА МЕМБРАНОПРОТЕКТОРНОЇ ДІЇ**

З умовою великого поширення тривожних розладів у популяції, їх терапія займає значне місце в сучасній психіатрії.

Препарат Мексипрін® показаний у виборі терапії патологічної тривоги, оскільки володіє широким спектром ефективності, поєднанням антиоксидантного та мембранопротекторної дії, швидкого настання клінічного ефекту, не викликаючи седації у дозі 250-500 mg 1-2 рази на добу і доброю переносимістю.

Проведене дослідження показало високу ефективність комплексної системи корекції тривожних розладів і високу ефективність препарату Мексипрін® на сучасному етапі.

Ключові слова: тривога, адаптація до стресу, психофармакотерапія, комплексний підхід до лікування.

A.M. Kozhina, L.M. Gaychuk
**NEW POSSIBILITIES IN THE TREATMENT
 OF ANXIETY DISORDERS WITH THE USE
 OF MEDICINES WITH ANTIOXIDANT
 ACTIVITY AND MEMBRANOPROTECTIVE
 EFFECT**

With the condition of a large spread of anxiety disorders in the population, their therapy is important in contemporary psychiatry.

Drug Meksiprim® is indicated in the treatment of pathological anxiety choice, since it has a wide range of performance, a combination of membrane and antioxidant action, rapid onset of clinical effect without causing sedation dose of 250-500 mg 1-2 times a day and well tolerated.

The study showed the high efficiency of the integrated system of correction of anxiety disorders and high efficacy Meksiprim® at present.

Keywords: anxiety, adaptation to stress, psychopharmacotherapy, a comprehensive approach to treatment.

Поступила 13.11.12

УДК:612.015

В.И. Коростий
Харьковский национальный медицинский университет

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБЕНЗОДАЗЕПИНОВЫХ АНКСИОЛИТИКОВ
 В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ
 ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Непсихотические психические расстройства играют значительную роль у больных с психосоматическими заболеваниями, так как снижают качество жизни и работоспособность. Среди психофармакотерапии традиционно на передний план выходят препараты группы транквилизаторов, так как тревожные расстройства доминируют у пациентов с психосоматической патологией.

На современном этапе развития психофармакологии, с учетом побочного действия и ограниченности в применении, препараты небензодиазепинового ряда занимают лидирующее место в назначении, как в амбулаторных, так и в стационарных условиях.

Применение Афобазола полностью отвечает требованиям безопасности психофармакотерапии и является необходимым сопровождением для психотерапевтической и медико-психологической реабилитации.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, небензодиазепиновые транквилизаторы, психотерапия, медико-психологическая реабилитация.

Своевременная диагностика и лечение непсихотических психических расстройств (НППР) при психосоматических заболеваниях имеет наибольшее значение у больных молодого возраста в связи с возможным устранением существенной неблагоприятной роли психических

расстройств в снижении качества жизни и работоспособности пациентов, патогенетического влияния на дальнейшее течение психосоматических заболеваний [1, 2, 3, 4].

Пациенты с психическими нарушениями тревожного и депрессивного регистров в пер-