

Клинический опыт ведения пациентов с тревожным расстройством

К.м.н. П.В. Аронов¹, профессор Г.Н. Бельская¹, профессор И.А. Никифоров²

 1 ФГБНУ НЦН, Москва 2 ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва

РЕЗЮМЕ

В последнее время растет количество пациентов с тревожными расстройствами, ставшими самой распространенной группой психических и поведенческих расстройств. Подавляющее число этих пациентов обращаются не к психиатрам, а к врачам-интернистам, так как на первый план обычно выступают соматические нарушения. В этой связи врачи различных специальностей должны владеть знаниями об этой патологии для своевременного ее выявления и коррекции, а в более сложных случаях направлять пациентов к психотерапевтам, психиатрам. В статье представлено 3 клинических наблюдения пациентов с различными проявлениями тревоги и особенностями выбора тактики их ведения. Приводится пример успешного использования современных анксиолитических препаратов (буспирон, тофизопам) в комплексной терапии пациентов. Особенности спектра действия буспирона обусловливают его широкое применение в клинике «малой» психиатрии: при различных астенических расстройствах, в том числе в рамках постковидного синдрома; при тревожных расстройствах, ассоциированных со стрессом, в том числе при мягких вариантах панического и генерализованного тревожного расстройства; при наличии «невроза ожидания» у пациентов соматического стационара; в рамках терапии органического тревожного расстройства, при лечении тревоги у пациентов пожилого возраста. Ключевые слова: тревожные расстройства, паническое расстройство, анксиолитики, COVID-19, стресс, невротический уровень, психопатологические состояния, антидепрессанты, буспирон, тофизопам.

Для цитирования: Аронов П.В., Бельская Г.Н., Никифоров И.А. Клинический опыт ведения пациентов с тревожным расстройством. РМЖ. 2023;3:35–38.

ABSTRACT

Clinical experience in patient management with anxiety disorder P.V. Aronov¹, G.N. Belskaya¹, I.A. Nikiforov²

¹Research Center of Neurology, Moscow

Federal Scientific and Clinical Center of the Federal Medical Biological Agency of Russia, Moscow

These days, the number of patients with anxiety disorders has been growing, which has become the most common group of mental and behavioral disorders. The overwhelming number of such patients turn not to psychiatrists, but to internists, as somatic disorders commonly come to the fore. In this regard, doctors of various specialties should have knowledge concerning this pathology for timely detection and correction, while in more complex cases, should refer patients to psychotherapists and psychiatrists. The article presents 3 clinical cases of patients with various manifestations of anxiety and the choice patterns of patient management. The article also brings an example presenting the successful use of modern anxiolytics (buspirone, tofisopam) in the complex therapy. The features of the action spectrum of buspiron cause its wide clinical use of "small" psychiatry: in various asthenic disorders, including in the setting of postcovid syndrome; in anxiety disorders associated with stress, including mild variants of panic disorder and generalized anxiety disorder; in the presence of expectation neurosis in patients with a somatic disorder; in as part of the therapy of organic anxiety disorder, in the treatment of anxiety in elderly patients.

Keywords: anxiety disorders, panic disorder, anxiolytics, COVID-19, stress, neurotic level, psychopathological conditions, antidepressants, buspirone, tofisopam.

For citation: Aronov P.V., Belskaya G.N., Nikiforov I.A. Clinical experience in patient management with anxiety disorder. RMJ. 2023;3:35–38.

Введение

Двадцать первый век проходит под знаком стресса вследствие различных политических, социальных, эпидемиологических и других катаклизмов [1, 2]. Продолжающаяся урбанизация с ускорением темпа жизни, напряженностью в профессиональной сфере, необходимостью ежедневных перемещений как минимум в режиме «дом — работа — дом», требующем зачастую существенного количества времени, недостаток отдыха в целом и сна в частности, нарастающий информационный бум, значительная скученность людей дома, в транспорте и, зачастую, на рабочем месте — ожидаемые источники стресса [3, 4]. В то же время появились дополнительные источники стресса, та-

кие как пандемия COVID-19 и ее последствия, напряженная социально-экономическая ситуация в мире и т. д. [5-8]. Все эти факторы негативно влияют на психическое здоровье человека, вызывают избыточное психоэмоциональное напряжение и в части случаев ведут к формированию различных психопатологических состояний, в том числе невротического уровня [9-11].

Механизмы развития и клинические проявления тревоги

Тревога, которая в эволюционном смысле рассматривается как древний приспособительный механизм, обе-

PMЖ, 2023 № 3

спечивавший древнему человеку выживание, в современных условиях во многом утратила эту функцию. В реалиях XX века тревожные реакции зачастую становятся избыточными и, как следствие, патологическими, вызывая развитие различных психоэмоциональных и даже психосоматических расстройств. Тревога — весьма распространенный симптом, встречающийся в клинике «малой» психиатрии, который обнаруживается в структуре невротических, психосоматических, личностных и других расстройств, но отнюдь не ограничивается ими [12]. Тревожные расстройства стали самой распространенной группой среди всех психических и поведенческих расстройств современного человека. Они встречаются у каждого десятого пациента, посещающего врачей общей практики. В рутинной клинической практике тревога является главной жалобой у 10–15% амбулаторных и 10% стационарных больных. Подавляющее число этих пациентов обращаются не к психиатрам, а к интернистам, так как на первый план обычно выступают соматические нарушения. Переживание тревоги — одна из самых частых эмоций человека в современном мире. Тревога здорового человека — это диффузное, неясное, неопределенное ощущение надвигающейся опасности, угрозы, которое сопровождается:

- двигательным беспокойством;
- изменением восприятия окружающего мира;
- комплексом соматовегетативных ощущений (сердцебиение, затрудненное дыхание, тремор, ощущение сухости во рту, гипергидроз ладоней и стоп, легкая тошнота, учащенное мочеиспускание, неприятное ощущение в животе).

Во множестве пословиц, метафор и сравнений тревога описывается не столько как душевное, сколько телесное чувство: «душа ушла в пятки», «дрожит как осиновый лист», «все внутри колотится», «все внутри похолодело». В биологическом плане тревога — разновидность стресса, который проявляет себя на разных уровнях: нейроэндокринном, висцеральном, психическом, поведенческом. Это защитное чувство, которое передается на генетическом уровне и имеет биологическую целесообразность: предупреждает человека об опасности, мобилизует организм на совершение необходимых действий (нападать или спасаться бегством). Тревога как нормальное чувство возникает, например, когда пациенту предстоит обследование или хирургическая операция.

Однако зачастую тревога является облигатным симптомом многих соматических заболеваний: наблюдается при бронхиальной астме, стенокардии, инфаркте миокарда, сахарном диабете, уремии, гипотиреозе, ревматоидном артрите, системной красной волчанке и других аутоиммунных заболеваниях. Она также встречается в структуре многих психических заболеваний: приступы шизофрении, алкогольный абстинентный синдром, алкогольный делирий, депрессивный эпизод и др. [13]. Все многообразие тревожных состояний можно классифицировать таким образом:

- 1. Непатологическая тревога психически и соматически здоровых людей.
- 2. Повышенная тревожность как черта характера.
- 3. Тревога при соматических заболеваниях (соматическая тревога).
- Тревога в структуре других психологических заболеваний.
- 5. Собственно тревожные расстройства.

Существует ряд причин, вызывающих тревогу:

- lacktriangle Психосоциальные причины: тревога следствие воздействия социальных стрессов и межличностных конфликтов.
- Биологические причины: наличие повышенной генетической подверженности, суть которой в снижении содержания γ-аминомасляной кислоты (ГАМК) в головном мозге и повышении содержания серотонина, дофамина и норадреналина.

Анатомические структуры, ответственные за состояние тревоги

Механизм возникновения тревоги является сложным, реализующимся на уровне взаимодействия различных анатомических структур:

- синее пятно варолиевого моста;
- миндалина;
- гиппокамп;
- височная кора мозга.

Поведенческая (бихевиоральная) модель возникновения и развития тревожных расстройств предполагает роль [13]:

- условно-рефлекторных механизмов;
- подкреплений;
- социального научения.

Ведение пациентов с тревожным расстройством

Ведение пациентов с тревожным расстройством, особенно коморбидных больных, является сложной задачей, решать которую необходимо совместными усилиями разных специалистов. Между тем основная роль в выборе тактики ведения, включающей комплексную терапию, должна принадлежать психотерапевту, психиатру. Именно это понимание целесообразности ведения пациентов с тревогой психиатрами использовано при формировании рубрикации МКБ-10. Согласно этой классификации тревожные, тревожно-фобические расстройства отнесены к рубрикам F40—F45. При этом в структуре указанных рубрик классификации значительное внимание уделено паническому расстройству.

В клинической практике врачи различных специальностей часто сталкиваются с паническим расстройством (эпизодическая пароксизмальная тревога, пароксизмальное тревожное расстройство) у пациентов, обращающихся за помощью к врачам скорой медицинской помощи, приемных покоев соматических больниц, кардиологам, неврологам.

Распространенность панических расстройств среди населения составляет 1,5-2,0%, особенно часто наблюдается у молодых людей в возрасте 20-30 лет. При этом женщины подвержены этому заболеванию в 2 раза чаще, чем мужчины.

Приступ острой тревоги (паника) возникает без внешней причины, неожиданно и имеет «телесные» проявления панической атаки:

- затруднение дыхания или чувство нехватки воздуха, удушье;
- сердцебиение, тахикардия, чувство трепетания в груди: «сердце дрожит», «колотится» или «выскакивает из груди»;
 - ощущение боли или дискомфорта в грудной клетке;



- озноб или прилив жара;
- тремор конечностей или всего тела;
- двигательное беспокойство, стремление к деятельности в виде реакции «борьбы бегства» (чаще последнее);
 - потливость;
 - тошнота, рвота, дискомфорт в области желудка;
- парестезии (ощущение покалывания в руках и ногах);
- чувство нереальности окружающего мира (дереализация) или отчуждения и нереальности самого себя (деперсонализация);
- страх умереть, либо сойти с ума, либо потерять контроль над собой.

Такой приступ возникает остро и длится от 5 до 30 мин. Частота приступов: от нескольких раз в день до еженедельных, в среднем 2—3 раза в неделю.

Панические атаки сопровождаются:

- агорафобией;
- страхом пребывания в тех местах или ситуациях, где приступы уже возникали;
- в закрытых пространствах, откуда в случае приступа трудно будет выйти и где невозможно получить помощь (переполненный транспорт, большие магазины, рынки, стадионы, кинотеатры).

Для панических атак характерен феномен «ожидающей тревоги» — ожидания следующего приступа, «феномен избегающего поведения», когда пациенты:

- больше времени проводят дома;
- переходят на удаленную работу;
- ищут работу рядом с домом в пределах шаговой доступности;
 - перестают работать;
- перестают выполнять социальные и семейные обязанности (поход в магазин, в налоговую инспекцию и т. д.);
- нуждаются в постоянном наблюдении и сопровождении членов семьи (фактически наступает инвалидность) [13].

В свете продолжающейся эпидемии новой коронавирусной инфекции необходимо отметить, что тревожные расстройства, коморбидные с ней, представлены широким спектром:

- генерализованное тревожное расстройство;
- паническое расстройство;
- обсессивно-компульсивное расстройство;
- социальное тревожное расстройство;
- посттравматическое стрессовое расстройство.

По данным разных авторов, симптомы тревожных расстройств в период эпидемии встречаются в широком диапазоне частот от 24–28,8% до 44,9–45% [14–19].

Учитывая особенности механизмов реализации тревоги с участием нейротрансмиттеров, использование препаратов, влияющих на их регуляцию, является оправданным.

Соответственно, при лечении таких состояний необходимы препараты с «противотревожным» (анксиолитическим) эффектом [20, 21]. Буспирон (Спитомин®) — один из них. Он не действует на бензодиазепин-ГАМК-хлоридионофорный рецепторный комплекс, но является частичным агонистом 5-НТ_{1а} рецепторов, и механизм его дей-

ствия связан прежде всего с модуляцией серотониновой системы. Буспирон также обладает умеренным сродством к пресинаптическим D_2 -рецепторам, однако не ясно, играет ли это свойство какую-либо роль в анксиолитическом эффекте. Седативный эффект буспирона значительно слабее эффекта типичных анксиолитиков. Важно, что буспирон не нарушает психомоторные функции. Буспирон оказывает анксиолитический эффект, примерно аналогичный эффекту бензодиазепинов, однако в отличие от них не вызывает толерантности, зависимости, а после завершения курса лечения не вызывает синдрома отмены [22–24]. У буспирона отсутствует существенное влияние на бензодиазепиновые рецепторы, а также на связывание ГАМК. Таким образом, в его спектре действия отсутствуют противосудорожный и миорелаксирующий эффекты, что отличает этот препарат от «классических» бенозодиазепинов [25, 26]¹.

Буспирон показан при различных состояниях, в клинической картине которых присутствует тревога. Фармакодинамические особенности буспирона обусловливают его широкое применение в клинике «малой» психиатрии: при различных расстройствах, в том числе в рамках постковидного синдрома; при тревожных расстройствах, ассоциированных со стрессом, в том числе при мягких вариантах панического и генерализованного тревожного расстройства; при наличии «невроза ожидания» у пациентов соматического стационара; в рамках терапии органического тревожного расстройства, у пациентов пожилого возраста [21, 27–30].

Собственные клинические наблюдения

Приведем собственные клинические наблюдения, иллюстрирующие эффективность применения анксиолитических средств (Спитомин®, Грандаксин®) при разных вариантах тревожных расстройств. Во всех приведенных случаях при назначении лекарственной терапии мы постарались следовать действующим федеральным клиническим рекомендациям лечения тревожных расстройств².

Клиническое наблюдение 1

Пациент Н., 28 лет. Весной 2022 г. перенес COVID-19 с температурой тела до 39 °C, астенией, аносмией. После выздоровления сохранялись умеренно выраженные астенические проявления, которые сопровождались повышенной нервозностью, тревожностью, беспокойством, чувством внутреннего напряжения, эпизодическими головными болями. С этими жалобами обратился за помощью. Состояние было расценено как генерализованное тревожное расстройство, спровоцированное перенесенным COVID-19. Была рекомендована комплексная терапия (ноотропная, витаминотерапия), с анксиолитической целью для более быстрого получения терапевтического эффекта был назначен буспирон с титрацией дозы до достижения суточной дозы 30 мг, разделенных на 3 приема.

На фоне проводимой терапии в течение первых 2 нед. редуцировалась тревожность, уменьшились проявления психоэмоционального напряжения. В течение следующе-

PMX, 2023 № 3

¹ Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Спитомин[®], таблетки. (Электронный ресурс.) URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=8f52a26d-74e4-496e-ae8a-197cce2410a8 (дата обращения: 21.04.2023).

² Клинические рекомендации. Генерализованное тревожное расстройство. 2021. (Электронный ресурс.) URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/457_2?ysclid=lgzjcanl kq976618738 (дата обращения 21.04.2023).



го месяца тревожные проявления были полностью купированы, уменьшились проявления астении, заметно снизилась частота головных болей.

Общая продолжительность терапии буспироном в данном случае составила 2 мес.

Клиническое наблюдение 2

Пациентка А., 39 лет. В течение года претерпела ряд стрессов в семье, смену работы; сложно адаптировалась на новом месте, с затруднениями привыкала к новым служебным обязанностям, имела мелкие нарекания от начальства; была вынуждена задерживаться по окончании рабочего дня, испытывала стресс. На этом фоне появились повышенная утомляемость, рассеянность, трудности концентрации внимания. Испытывала подспудное чувство внутреннего напряжения, волнение, эпизоды тревожности: тревога возникала преимущественно в утренние часы перед выходом на работу, либо в вечернее время, перед засыпанием, сопровождалась размышлениями о предстоящем рабочем дне. Понизилось качество ночного сна. В ситуациях психоэмоционального напряжения могли возникнуть головные боли. На работе быстро уставала, продолжала выполнять свои обязанности «через силу». На фоне тревожности «бросало то в жар, то в холод» появлялось ощущение жара на лице, «мерзли» кисти, стопы, было ощущение «мурашек» на коже.

Пациентка обратилась за помощью. Состояние было расценено как мягкая тревожная реакция на стресс. Назначена терапия тофизопамом 100 мг/сут (разделенных на 2 приема в первой половине дня), церебропротективная и витаминотерапия. Поскольку выраженная тревожность беспокоила пациентку круглосуточно, было принято решение «дневной» анксиолитик тофизопам использовать преимущественно в утренние часы.

На фоне лечения в течение первой недели сгладились эмоциональные колебания, понизилась интенсивность тревоги. В течение второй и третьей недели терапии заметно редуцировалась тревога, уменьшилась выраженность астенических проявлений, купированы проявления вегетативной лабильности, снизилась частота головных болей. Через 1 мес. терапии был отменен тофизопам. К 6-й неделе терапии состояние полностью стабилизировалось: купированы все вышеописанные проявления, головные боли не беспокоили; вернулось чувство отдыха после ночного сна. Полностью восстановилась трудоспособность.

Клиническое наблюдение 3

Пациентка У., 48 лет. Три года тому назад испытала ряд стрессовых ситуаций в семье (смерть близких родственников). Стала беспокойной, тревожной, испытывала чувство психоэмоционального напряжения; тревога возникала даже по малозначительным бытовым поводам, усиливалась, когда пациентка оставалась одна, а также в вечерние и ночные часы, перед засыпанием. В течение следующего года прогредиентно снизилось настроение с добавлением тревоги, тоски, с тревожными размышлениями о ближайшем будущем. Понизился аппетит, похудела. Ночь проходила с кошмарными сновидениями, после сна не было чувства отдыха. Заметно снизилась трудоспособность, появились нарекания от начальства. Повышалось АД до 150/90 мм рт. ст.

Обратилась за помощью к психиатру. Состоя-

ние было расценено как смешанное тревожное и депрессивное расстройство. В качестве антидепрессанта с целью нивелирования негативных тревожных мыслей был рекомендован сертралин до 100 мг/сут. Как анксиолитик, а также для потенцирования антидепрессивного эффекта в схему лечения был включен буспирон с титрацией дозы до достижения суточной дозы 30 мг, разделенных на 3 приема.

В течение первых 2 нед. лечения отмечено начальное улучшение: снизилась эмоциональная напряженность, уменьшились частота и интенсивность эпизодов тревоги; прекратились ночные кошмары. К 3—4-й неделе терапии заметно улучшилось настроение, существенно редуцировалась тревога, улучшился аппетит, нормализовался ночной сон; стабилизировался уровень АД. К 6-й неделе состояние полностью стабилизировалось: настроение вернулось к среднему уровню, колебаний его не отмечалось, тревога не возникала. Восстановилась трудоспособность. Общая продолжительность приема буспирона — 3 мес.

Заключение

Как видно из вышеприведенных клинических наблюдений, буспирон эффективен при тревожных расстройствах различной структуры и степени выраженности; в качестве компонента комплексной терапии буспирон демонстрирует анксиолитический (противотревожный) эффект. В спектре фармакологического действия буспирона (Спитомин®) преобладает серотонинергическая активность, что обусловливает его анксиолитический эффект, а отсутствие существенного влияния на бензодиазепиновые рецепторы определяет его отличия от «классических» бенозодиазепинов, такие как отсутствие развития толерантности, зависимости, симптомов отмены после курса лечения. Такие особенности спектра действия буспирона обусловливают его широкое применение в клинике «малой» психиатрии, в том числе у пациентов пожилого возраста.

Литература

1. Прожерина Ю., Широкова И. Когда тревога становится болезнью. Ремедиум. 2016;5:32–38. [Prozherina Yu., Shirokova I. When anxiety becomes a disease. Remedium. 2016;5:32–38 (in Russ.)]. DOI: 10.2151/1561-5936-2016-5-32-38.

2. Shevlin M., McBride O., Murphy J. et al. Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. BJPsych Open. 2020;6(6):e125. DOI: 10.1192/bjo.2020.109.

3. Левин О.С. Генерализованное тревожное расстройство: диагностика, коморбидность и лечение. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2016;2:4–10. [Levin O.S. Generalized anxiety disorder: diagnosis, comorbidity and treatment. Sovremennaya terapiya v psikhiatrii i nevrologii. 2016;2:4–10 (in Russ.)].

4. Корабельникова Е.А., Будик А.М. Клинико-патогенетические и терапевтические аспекты тревожных расстройств. Лечащий врач. 2009;9:36–42. [Korabelnikova E.A., Budik A.M. Clinical, pathogenetic and therapeutic aspects of anxiety disorders. Lechashchiy vrach. 2009;9:36–42 (in Russ.)].

5. Нехорошкова А.Н., Большевидцева И.Л. Нейробиологические предпосылки формирования тревожных состояний. Вестник САФУ. 2016;3:24–36. [Nekhoroshkova A.N., Bolshevidtseva I.L. Neurobiological prerequisites for the formation of anxiety states. Vestnik SAFU. 2016;3:24–36 (in Russ.)]. DOI: 10.17238/issn2308-3174.2016.3.24.

6. Щербатых Ю.В. Стресс в период пандемии COVID-19 и способы профилактики постковидного синдрома. Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2022;1:319–333. [Shcherbatykh Yu.V. Stress during the COVID-19 pandemic and methods of prevention of post-ovoid syndrome. Vestnik po pedagogike i psikhologii Yuzhnoy Sibiri. 2022;1:319–333 (in Russ.).

7. Соловьева Н.В., Макарова Е.В., Кичук И.В. «Коронавирусный синдром»: профилактика психотравмы, вызванной COVID-19. PMЖ. 2020;9:18–22. [Solovyova N.V., Makarova E.V., Kichuk I.V. «Coronavirus syndrome»: prevention of psychotrauma caused by COVID-19. RMJ. 2020;9:18–22 (in Russ.)].

Полный список литературы Вы можете найти на сайте http://www.rmj.ru

38 PMЖ, 2023 № 3