



Три возраста тревожности

Постоянно ускоряющийся темп жизни, стрессы, высокие психоэмоциональные нагрузки обуславливают рост частоты психопатологических состояний, а повышенная тревожность становится неотъемлемой чертой многих людей XXI в. Тревожным расстройствам сопутствуют стойкие симптомы тревоги и страха, которые снижают работоспособность и качество жизни, увеличивают риск развития сердечно-сосудистых и церебрально-сосудистых заболеваний, когнитивных нарушений. Принципы диагностики и ведения пациентов с тревожными расстройствами были рассмотрены на симпозиуме, организованном при поддержке компании «Эгис» в рамках XIV ежегодной конференции, посвященной памяти академика А.М. Вейна. Председателем симпозиума выступил д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии РМАНПО Олег Семенович ЛЕВИН.



Д.м.н.
А.В. Васильева

Открыла симпозиум д.м.н. Анна Владимировна ВАСИЛЬЕВА, ведущий научный сотрудник Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Санкт-Петербург), сообщением о методах коррекции симптомов повышенной тревожности у молодого населения (согласно Всемирной организации здравоохранения, молодыми считаются люди в возрасте наибольшей активности 18–44 лет).

Согласно экзистенциальной теории психолога С. Мадди, человек всегда совершает выбор между будущим и прошлым. Выбирая будущее, личность выбирает неизвестность, что провоцирует развитие и усиление тревоги. Однако если личность

Тревога у молодых

выбирает прошлое, у нее развивается чувство вины за упущенные возможности, поэтому для личностного развития благоприятным является выбор в пользу будущего, то есть принятие тревоги.

На протяжении жизни человек проходит различные кризисы идентичности. Для людей молодого возраста характерны противоречия между потребностью в личностной автономии и потребностью в отношениях с окружающими людьми. Кризис идентичности молодых женщин связан с определенными личными и социальными достижениями (замужество, рождение ребенка). У женщин, не достигших своевременно этих целей, высока вероятность развития тревожных расстройств.

В молодом возрасте, как правило, манифестируют основные психотические расстройства. Например, дебют шизофрении происходит в возрасте 18–35 лет, биполярного аффективного расстройства – в 19–21 год. Шизоаффективное расстройство впервые отмечается в возрасте ранней зрелости. Такие психические нарушения, как расстройства личности, манифестируют

либо в позднем подростковом, либо раннем взрослом возрасте. К основным симптомам, характерным для большей части расстройств личности, относятся неформулируемая тревога, тревожно-фобические состояния, неврастения и др. Широко распространенные тревожные расстройства невротического уровня (специфические фобии, обсессивно-компульсивное, посттравматическое стрессовое, генерализованное тревожное, паническое расстройство) дебютируют в среднем в 21 год. Тревожные расстройства включают в себя когнитивный, поведенческий, эмоциональный, вегетативный, моторный, соматический и косвенный компоненты. Тревога не всегда оценивается пациентами как эмоциональное расстройство. Часто они фиксируются именно на вегетосоматических проявлениях тревоги и дальше интерпретируют тревожное состояние как реакцию на неблагоприятное физическое самочувствие. По данным эпидемиологических исследований, тревожными расстройствами чаще страдают женщины. Таким образом, тревожные расстройства представ-



Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

ляют собой попытки избегания опыта, связанного с имеющимися у индивида когнитивными и/или физиологическими уязвимостями, развивающиеся по принципу негативного подкрепления. Пациент стремится избежать контакта с личными событиями, которые вызывают негативные переживания (боль, страх, чувство одиночества, тревоги, травматические воспоминания), и поэтому пытается изменить их форму, частоту и подтекст, в котором они могут произойти. При этом он постоянно оценивает внутреннее состояние. Стратегия избегания и контроля пугающих ситуаций оправдывается в первую очередь плохим самочувствием. Часто это приводит к тому, что пациенты жалуются не на тревогу, а на ее соматические последствия.

Лечение тревожных расстройств включает методы психотерапии и фармакотерапии. Такая комплексная терапия при депрессивно-тревожных состояниях позволяет уменьшить депрессию и тревогу, давая доступ к чувствам, подавленным основными аффектами, и лучше понять сущность нарушения. Редукция острых симптомов (тревоги, тяжелой депрессии) уменьшает чувство беспомощности пациента, улучшает его когнитивные функции.

Основная задача психотерапии – помочь пациенту принять весь спектр субъективных переживаний, включая дезадаптивные мысли, переживания и чувства, в попытке добиться желаемого изменения поведения с целью улучшения качества жизни, а также сформулировать собственные цели, для достижения которых он готов испытывать дискомфорт. Пациентов последовательно поощряют прочувствовать в полной мере

переживания без обращения к защитам, продвигаясь на пути к поставленной цели. Другая задача – помощь в идентификации собственных целей и трансформация их в специфические поведенческие задачи.

Использование лекарственных препаратов усиливает чувство безопасности, предоставляет пациенту возможность решить больше проблем во время психотерапии. На фоне фармакотерапии у пациентов с тревожными расстройствами улучшается способность к адаптации, появляется возможность искать новые жизненные стратегии.

Одним из препаратов, прочно вошедших в клиническую практику для лечения психовегетативных расстройств, является тофизолам (Грандаксин), обладающий вегетокорректирующей активностью. Препарат хорошо зарекомендовал себя как анксиолитик и психовегетативный регулятор при самых разных состояниях, в том числе вегетативной дистонии. Грандаксин нормализует психоэмоциональный фон и вегетативный баланс организма. Вследствие атипичности химической структуры в отличие от классических бензодиазепиновых производных Грандаксин в терапевтических дозах практически не вызывает развитие физической, психической зависимости и синдрома отмены. При этом принципиально важно отсутствие у данного препарата выраженного седативного и миорелаксирующего, а также кардиотоксического действия.

Благодаря тому что Грандаксин быстро устраняет тревогу и вегетативные расстройства, можно рекомендовать однократный прием одной-двух таблеток при коротком воздействии стрессогенного фактора. Как показало плацебоконтролируемое иссле-

дование, уже через 60 минут после приема одной таблетки Грандаксина уровень тревоги снижался на 28%¹.

Больным с психовегетативным синдромом назначают препарат в дозе 150 мг в сутки в течение четырех недель. При лечении тревожных расстройств препарат принимают по одной-две таблетки два-три раза в сутки в течение двух-трех месяцев. При длительно текущих психосоматических заболеваниях дозу Грандаксина можно увеличивать до шести таблеток в сутки с длительностью терапии до трех месяцев.

Другое эффективное анксиолитическое средство небензодиазепинового ряда для лечения различных видов тревожно-депрессивных расстройств – бупирон (Спитомин). Механизм его действия связан с влиянием на серотонинергическую и дофаминергическую системы. Препарат селективно блокирует пресинаптические дофаминовые рецепторы и повышает скорость возбуждения дофаминовых нейронов среднего мозга. Кроме того, бупирон – селективный частичный агонист 5-НТ_{1A}-серотониновых рецепторов. Бупирон не оказывает отрицательного влияния на психомоторные функции, не вызывает толерантности, лекарственной зависимости и синдрома отмены. Препарат Спитомин назначают при генерализованном тревожном расстройстве, панических расстройствах, синдроме вегетативной дисфункции, в качестве вспомогательной терапии алкогольного абстинентного синдрома и депрессивных расстройств.

А.В. Васильева привела данные о лечении препаратом панических расстройств. Пациенты получали Спитомин по 10 мг три раза в день в течение шести не-

психиатрия

¹ Арушанян Э.Б., Байда (Мастягина) О.А., Мастягин С.С., Попов А.В. Хронобиологические особенности влияния тофизолама на вариативность сердечного ритма у человека // Экспериментальная и клиническая фармакология. 2005. Т. 68. № 4. С. 36–39.



дель и проходили индивидуальную когнитивно-поведенческую психотерапию (12–15 сессий). Комплексный подход (препарат Спитомин + когнитивно-поведенческая психотерапия) демонстрировала положительную динамику: снижался уровень тревоги (и психический, и соматический ее компонент), нормализовалось настроение, улучшалось общее клиническое состояние при сохранении склонности к переживанию тревоги, обусловленной качествами личности респондентов². Эффективность бупирона в лечении пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами подтверждают результаты и других исследований. Так,

в ряде работ показано отличие бупирона от классических анксиолитиков: он не обладал седативным, снотворным и миорелаксирующим эффектом³. Кроме того, бупирон усиливал антидепрессивное и уменьшал побочное действие селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Добавление бупирона к СИОЗС в течение четырех недель позволило в два раза уменьшить симптомы депрессии и достичь ремиссии у 54% пациентов, принимавших ранее СИОЗС без эффекта. Препарат оказывал анксиолитическое и антидепрессивное действие, нормализуя работу серотонинергической и дофаминергической систем⁴.

Одна из основных причин отказа от терапии антидепрессантами – возникновение таких нежелательных явлений, как сексуальные нарушения. Согласно данным исследований, бупирон улучшал сексуальные функции у шести из десяти пациентов обоего пола с сексуальными расстройствами, обусловленными приемом СИОЗС.

Таким образом, лечение тревожных расстройств у пациентов молодого возраста должно быть комплексным и включать современные методы лекарственной терапии и психотерапии, что позволит устранить симптомы тревожного состояния, снизить выраженность психических и соматических проявлений.



К.м.н.
А.В. Федотова

Доцент кафедры неврологии факультета усовершенствования врачей РНИМУ им. Н.И. Пирогова, к.м.н. Анастасия Валерьевна ФЕДОТОВА акцентировала внимание участников симпозиума на проблеме распространения тревожных расстройств среди женского населения.

Встречаемость тревожных расстройств в популяции на протяжении последних лет стремительно растет, чему есть

Тревога у женщин

несколько причин, среди которых не только стресс и изменения социально-экономических условий, но и улучшение методов диагностики. На сегодняшний день тревожным расстройствам подвержены все социальные слои и возрастные группы. Однако симптомы тревожных расстройств в женской популяции встречаются в три раза чаще по сравнению с мужской и часто приобретают хронический характер.

В основе формирования острого и хронического стресса как причины многих тревожно-депрессивных состояний лежит «срыв» адаптационных возможностей организма. Этот «срыв» может проявляться в виде соматовегетативных нарушений, аффективных расстройств или их сочетания. Тревога относится к числу наиболее распространенных неспецифических феноменов,

входящих в структуру как психопатологических, так и различных соматических расстройств. Выделяют два вида тревоги (отрицательного эмоционального переживания, обусловленного ожиданием чего-то опасного, имеющего диффузный характер и не связанного с конкретным событием): нормальную (адаптивную) и патологическую (дезадаптивную).

Нормальная тревога связана с угрожающей ситуацией, усиливается адекватно ей в условиях субъективной значимости выбора, при недостаточности информации, в условиях дефицита времени. Физиологическое значение тревоги состоит в мобилизации организма для быстрого достижения адаптации. В отличие от нормальной патологическая тревога может провоцироваться внешними обстоятельствами или внутренними

² Васильева А.В., Караваева Т.А., Полторац С.В., Чехлатый Е.И. Применение Спитомина (бупирон) в комбинированной терапии панического расстройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115. № 11. С. 63–71.

³ Newton R.E., Marunycz J.D., Alderdice M.T., Napoliello M.J. Review of the side-effect profile of buspirone // Am. J. Med. 1986. Vol. 80. № 3B. P. 17–21.

⁴ Dimitriou E.C., Dimitriou C.E. Buspirone augmentation of antidepressant therapy // J. Clin. Psychopharmacol. 1998. Vol. 18. № 6. P. 465–469.



Сателлитный симпозиум компании «Эгис»

причинами. Этот вид тревоги не связан с реальной угрозой и не адекватен значимости ситуации. Патологическая тревога имеет конкретные клинические проявления. Тревожные симптомы приобретают клиническую значимость, когда их выраженность достигает тяжелой степени, они не купируются в течение длительного времени, развиваются при отсутствии стрессорных факторов и не поддаются контролю, а также нарушают физическое, социальное или профессиональное функционирование индивидуума.

Можно выделить две основные группы симптомов тревоги: психические и соматические. Психические симптомы тревоги включают в себя постоянное или периодически возникающее чувство тревоги, беспокойство по мелочам, ощущение напряжения и скованности, невозможность сконцентрироваться, быструю утомляемость, затруднения засыпания и поверхностный, неглубокий сон, страхи. К соматическим проявлениям относятся полисистемность, неспецифичность и отсутствие схожести с известными соматическими заболеваниями. Чаще всего встречаются учащенное сердцебиение и «перебои» в работе сердца, приливы жара или холода, потливость, ощущение «кома» в горле, тошнота, ощущение вздутия живота, учащенное мочеиспускание, сухость во рту, головокружение, предобморочные состояния, боли в мышцах.

Коморбидность тревоги и депрессии достигает 70%, и нередко трудно отличить одно состояние от другого. В таких случаях говорят о смешанном тревожно-депрессивном расстройстве. Среди факторов риска развития депрессий у женщин – собственный и семейный анамнез, детский анамнез утраты родителя, физического или сексуального насилия, прием оральных конт-

рацептивов, особенно с высоким содержанием прогестерона, стимуляторов гонадотропинов для лечения бесплодия, постоянные психосоциальные стрессы, потеря системы социальной поддержки или угроза потери.

Депрессии у женщин по сравнению с мужчинами имеют характерные особенности: раннее начало и рекуррентное течение, длительные эпизоды, сезонные и атипичные проявления, сочетания с тревогой, стрессами, фобиями, мигренью и нарушениями функций щитовидной железы. Кроме того, на развитие депрессии у женщин большое влияние оказывают эндо- и экзогенные половые гормоны.

В основе женских тревожно-депрессивных расстройств лежат социальные (полоролевые стереотипы, конфликт ролей), биологические (флюктуация уровня эстрогена) и психологические факторы (повышенная эмоциональность, ранимость, чувствительность). Пик развития тревожно-депрессивных расстройств приходится на возраст 30–40 лет. При этом в разных возрастных периодах доминируют определенные типы тревожных состояний.

В школьном возрасте увеличивается базовая тревожность, повышается риск развития фобических реакций и синдрома гиперактивности с дефицитом внимания. У подростков отмечается нарушение пищевого поведения, предменструальный синдром, предменструальное дисфорическое напряжение.

Известно, что психопатологические синдромы, связанные с менструальным циклом, имеют место у 75–90% женщин. Распространенность клинически верифицированного предменструального синдрома составляет 13–26%. После 30 лет предменструальный синдром встречается у каждой второй женщины. В клинической картине предменструального

синдрома сочетаются тревожно-депрессивные синдромы и соматовегетативные жалобы. Всего насчитывается около 150 симптомов предменструального синдрома в различных сочетаниях. Наиболее часто встречаются увеличение веса, раздражительность, плаксивость, немотивированный страх, нарушение сна и координации. Предменструальное дисфорическое расстройство возникает у 30–97% женщин, перенесших депрессию, и характеризуется четко выраженной депрессивной симптоматикой. Больные жалуются на быструю утомляемость, тревогу, выраженное изменение аппетита, эмоциональную лабильность, тоску, апатию, печаль, самоосуждение, снижение интереса к жизни, патологическую сонливость или бессоницу.

В клинической практике часто встречаются тревожно-депрессивные расстройства у беременных. Беременность – не протективный и не провоцирующий фактор для развития тревоги и депрессии, но распространенность тревожно-депрессивных расстройств у беременных составляет 20%. Максимально уязвимый период – третий триместр. Ситуация осложняется тем, что о подобных симптомах беременные сообщают крайне редко и с неохотой, поскольку из-за распространенного социального стереотипа думают, что должны ощущать радость и счастье. Если вовремя не уделить внимание проблеме тревоги и депрессии, это может привести к негативному влиянию на плод, повышению риска развития поздней депрессии, плохому уходу и вскармливанию ребенка после деторождения и в тяжелых случаях – детоубийству.

После родов многие женщины испытывают так называемый синдром грусти рожениц, который обнаруживается более чем в 85% случаев. Он характеризу-

психиатрия



ется тревожностью, беспокойством, лабильностью настроения, подавленностью, плаксивостью, нарушением аппетита и сна. К психосоциальным факторам риска послеродовой депрессии относятся предшествующие стрессовые ситуации, слабая социальная поддержка, низкий семейный доход, неуверенность в собственных силах и знаниях по уходу за ребенком, слабые материнские чувства.

На средний возраст приходится пик развития тревожных расстройств, появляются сексуальные дисфункции, зависимости. У женщин пожилого возраста развиваются пре- и постменопаузальные расстройства. Пре- и климактерический период сопровождается перестройкой всего организма, и женщине непросто психологически справиться с этими переменами. Среди биологических факторов риска развития тревожных расстройств можно выделить снижение секреции половых гормонов и отсутствие их циклических изменений, повышение уровня гонадотропинов. Существуют психосоциальные факторы, влияющие на психическое состояние женщины в этот период, такие как семейные проблемы, соотношение пережитого и неисполненного, изменение восприятия себя как женщины, синдром «пустого гнезда», профессиональная не востребованность, материальные проблемы. В климактерическом периоде в 75% случаев имеет место выраженная эмоциональная окраска, в 13% случаев развиваются выраженные невротические расстройства, а в 10% случаев – депрессия. В момент тревоги женщина может отмечать приливы жара, гипергидроз, учащенное сердцебиение, нарушения сна, выраженную эмоциональную неустойчивость, лабильность артериального давления, ознобы.

При тревожно-депрессивных расстройствах оптимальным яв-

ляется сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения. Из немедикаментозных методов пациентам с тревожными расстройствами показаны лечебная физкультура, различные виды психотерапии. При выборе лекарственного метода лечения важно учитывать не только тип и выраженность расстройства, но и факторы, приводящие к его развитию, длительность расстройства, его динамику, коморбидные заболевания, возраст пациента и его ожидания от терапии.

Основные группы противотревожных препаратов: транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты. В настоящее время для лечения тревожных расстройств широко используются анксиолитики, среди которых ведущее место занимают бензодиазепины. Они моделируют работу ГАМК_A-рецептора и воспроизводят действие так называемых эндозепинов – естественных бензодиазепинов мозга. К важным клиническим эффектам бензодиазепинов относятся быстрота и сила действия, широкий спектр терапевтической активности, низкая летальность при передозировке, незначительная нежелательная интеракция с психотропными и соматотропными препаратами. Бензодиазепиновые препараты назначаются для купирования острых симптомов тревоги как средства «скорой помощи».

Один из наиболее распространенных анксиолитиков – тофизопам (Грандаксин). Он усиливает тормозное влияние ГАМК в центральной нервной системе за счет повышения чувствительности ГАМК-бензодиазепиновых рецепторов. Противотревожный эффект Грандаксина проявляется уже после приема первой таблетки. Терапевтический эффект препарата обусловлен механизмом его действия. Грандаксин селективно связывается с омега-2 под-

типом бензодиазепиновых рецепторов, ответственных за анксиолитический эффект, но не связывается с омега-1 подтипом бензодиазепиновых рецепторов, вызывающих седацию. Благодаря этому Грандаксин не снижает концентрацию внимания и скорость реакции. Грандаксин не вызывает привыкания и лекарственной зависимости, что позволяет принимать его длительное время. О безопасности Грандаксина также свидетельствует тот факт, что он разрешен со второго триместра беременности.

При предменструальном синдроме Грандаксин рекомендуют принимать за семь – десять дней до начала менструации. Две таблетки Грандаксина в сутки улучшают состояние при синдроме гипервентиляции, тревожности, депрессии, боли, облегчают расстройства сна у 90% пациенток с предменструальным синдромом.

Пациенткам с тревожными расстройствами показан прием препарата в течение одного – трех месяцев. Включение Грандаксина в схему лечения больных с тревожно-депрессивными нарушениями способствует улучшению качества сна, уменьшению астенических синдромов и положительно влияет на гипервентиляционные проявления.

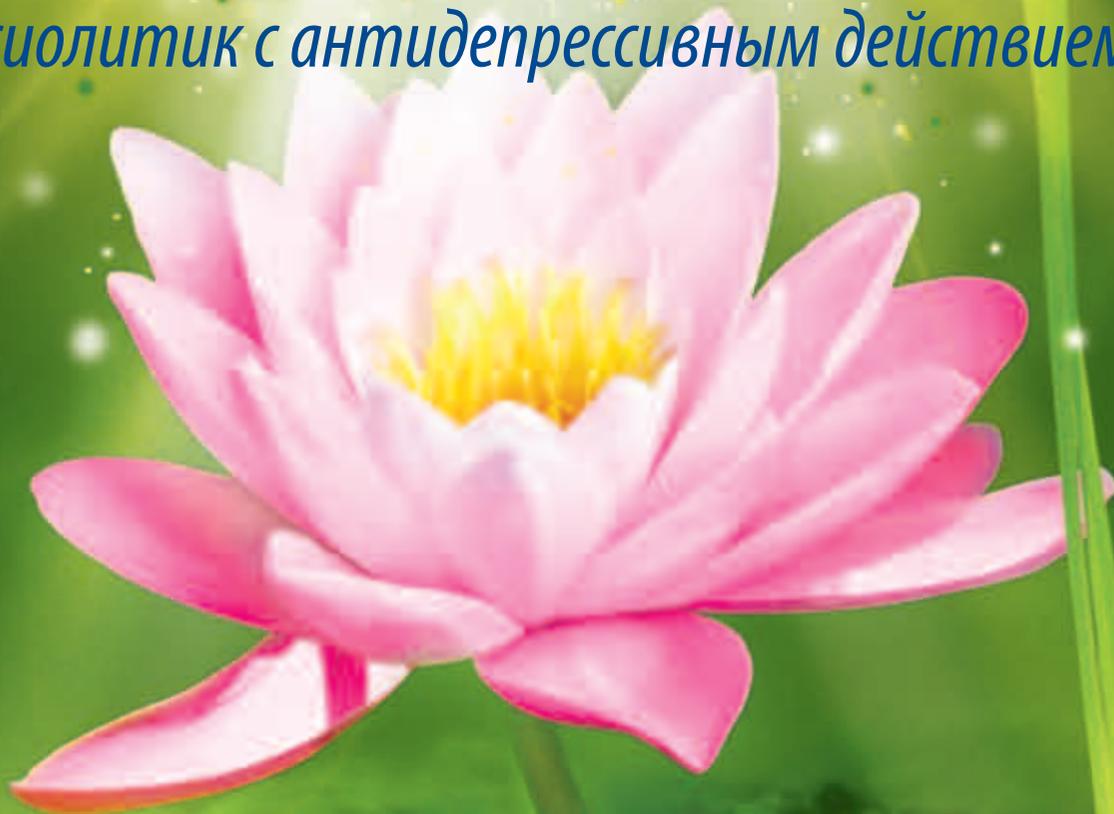
Грандаксин также облегчает климактерические симптомы, в основном психоэмоциональные и нейровегетативные, и может выступать в качестве альтернативы заместительной гормональной терапии.

В заключение А.В. Федотова подчеркнула необходимость диагностики и своевременного лечения тревожных расстройств, поскольку они являются независимыми факторами риска для многих заболеваний, оказывая негативное влияние на качество жизни женщин, ухудшают их физическую, психическую и социальную адаптацию.

СПИТОМИН®

БУСПИРОН таблетки 10 мг № 60

Анксиолитик с антидепрессивным действием



Краткая инструкция по медицинскому применению препарата СПИТОМИН® (бупиرون)

Форма выпуска. Таблетки 10 мг, по 60 таблеток в пачке. **Показания к применению.** Генерализованное тревожное расстройство; паническое расстройство; синдром вегетативной дисфункции; вспомогательная терапия депрессивных расстройств и алкогольного абстинентного синдрома. **Способ применения и дозы.** Рекомендуемая начальная доза – 15 мг/сут в 2-3 приема; ее можно повышать по 5 мг/сут каждые 2-3 дня. Максимальная однократная доза – 30 мг. Обычная доза 20-30 мг/сут, максимальная – 60 мг/сут. **Противопоказания.** Тяжелая почечная недостаточность (СКФ ниже 10 мл/мин); тяжелая печеночная недостаточность (протромбиновое время более 18 секунд); одновременное (недавнее) применение ингибиторов MAO; глаукома; миастения; детский возраст до 18 лет; лактация; беременность. **Меры предосторожности.** Пациентам с циррозом печени, при легкой и умеренной почечной недостаточности следует назначать сниженные дозы. Пациентам пожилого возраста следует назначать низшие возможные эффективные дозы, а в случае повышения дозы следует устанавливать тщательное наблюдение за пациентом. Требуется осторожность при прямоугольной глаукоме и миастении. После длительной бензодиазепиновой терапии Спитомин следует давать только после завершения периода постепенного снижения дозы бензодиазепинов. Спитомин не вызывает пристрастия, однако его введение пациентам с предрасположенностью к лекарственной зависимости требует тщательного контроля. Пациенты с сильной тревогой нуждаются в тщательном наблюдении в начальном периоде терапии. Во время лечения Спитомином следует избегать употребления алкогольных напитков. **Побочные эффекты.** Спитомин хорошо переносится. Побочные эффекты, если они наблюдаются, обычно возникают в начале курса лечения и затем исчезают, несмотря на продолжение приема препарата. В некоторых случаях необходимо снижение дозы. Наиболее часто отмечаются боль в груди, головокружение, головная боль, повышенная нервная возбудимость, нарушения сна, шум в ушах, ларингит, отек слизистой носа. Пациентам следует рекомендовать не употреблять в пищу грейпфруты и не пить грейпфрутовый сок в значительных количествах, т.к. эти продукты могут повысить уровень бупирона в плазме крови и привести к увеличению частоты или тяжести побочных эффектов.

Перед назначением препарата ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению.

Компания, принимающая претензии потребителей: ООО «ЭГИС-РУС». 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, 8.

Тел: (495) 363-39-66, Факс: (495) 789-66-31. E-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru





Профессор, д.м.н.
О.С. Левин

Как образно заметил д.м.н., профессор, заведующий кафедрой неврологии РМАНПО Олег Семенович ЛЕВИН, человеческая ментальная жизнь соткана из тревоги. Тревога – нормальное функциональное состояние, которое может возникать при отсутствии явной психиатрической патологии практически у любого человека.

Система, ответственная за реагирование на угрозы окружающего мира и формирующая чувство тревоги, состоит из миндалины, островка, вентрального стриатума, гипоталамуса, околоводопродного серого вещества, передней поясной коры и префронтальной коры головного мозга. Миндалина играет ключевую роль в этой системе, обеспечивает мгновенную эмоциональную оценку поступающей информации, выборочно реагирует на угрозы и генерирует чувство тревоги. Гиппокамп и префронтальная кора головного мозга регулируют эмоциональный ответ посредством когнитивной оценки потенциальной угрозы, а также подавляют вегетативную и аффективную реакцию, когда она перестает соответствовать ситуации. Таким образом, регуляция эмоций обеспечивается балансом взаимодействия гиппокампа и префронтальной коры и миндалины.

В основе страха и тревоги лежит совершенно нормальная эмоция. Однако в пожилом возрасте тревога и страх, усиливаясь под влиянием жизненных условий, могут

Тревога у пожилых

приобретать патологическую форму. Тревожное расстройство наряду с депрессией и деменцией – основной тип расстройств пожилого возраста.

Тревожные расстройства – группа феноменологически близких, но этиопатогенетически различных психопатологических состояний. Принято выделять первичные, вторичные и ситуативные тревожные расстройства. К первичным тревожным расстройствам относят генерализованное тревожное, паническое, посттравматическое стрессовое, обсессивно-компульсивное расстройства, специфические и социальные фобии, тревожную депрессию. Вторичные тревожные расстройства могут возникать как закономерное проявление других заболеваний (эпилепсии, тиреотоксикоза, феохромоцитомы, гипогликемии, стенокардии, бронхиальной астмы, мигрени, вестибулярной дисфункции, нарушений равновесия). Наконец, ситуативная тревога может развиться в ответ на стресс, в том числе при возникновении соматического заболевания или госпитализации.

У лиц пожилого возраста наиболее часто встречаются генерализованное тревожное и фобические расстройства (агорафобия, астазобазофобия, амнестикобия). Между тем в клинической практике нередко возникают трудности при выявлении тревожных расстройств у пожилых пациентов. Это связано с тенденцией приписывать симптомы физическим недугам, ограничением критики, амнезией, отсутствием валидных инструментов скрининга.

Для пожилых пациентов характерно сочетание тревожных расстройств с депрессией. Тревога – первое эмоциональное расстройство, которое развивается при нейродегенеративных патологиях. Постепенно тревога

обрастает депрессивными чертами, превращается в тревожную депрессию, а позже – в апатию. Тревожная депрессия – частая форма тревожного нарушения у пациента пожилого возраста, которая характеризуется относительно низким терапевтическим ответом.

Существуют определенные факторы риска развития тревожных нарушений: женский пол, депрессия, когнитивные нарушения, пожилой возраст, соматические заболевания, низкая самооценка здоровья, невротизм, психосоциальный стресс, злоупотребление алкоголем и лекарственными препаратами, отягощенный семейный анамнез и др. К защитным факторам можно отнести социальную поддержку, физическую активность, когнитивную стимуляцию, социальную активность, эффективные стратегии самозащиты.

Недооценка тревожного расстройства у пациентов пожилого возраста может создавать трудности в коррекции симптомов и предопределять прогрессирование соматического заболевания, формирование нейродегенеративной патологии. В пожилом возрасте могут развиваться долговременные осложнения тревожных расстройств. Известно, что хроническая тревога активизирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, вызывает повреждение гиппокампа и изменяет активность НМДА-рецепторов. Кроме того, при тревоге повышается продукция пептида бета-амилоида, в случае излишнего накопления оказывающего нейротоксическое действие. При тревожности также происходит укорочение теломеров хромосом. Таким образом, своевременное распознавание и коррекция тревожных расстройств – путь к уменьшению вероятности развития компенсирующих веге-



Грандаксин®

Таблетки 50 мг №20 и №60

ТОФИЗОПАМ

АНКСИОЛИТИК И ВЕГЕТОКОРРЕКТОР¹

Краткая инструкция по медицинскому применению препарата ГРАНДАКСИН® (тофизопам)

Торговое название: ГРАНДАКСИН®. **Международное непатентованное название:** Тофизопам. **Лекарственная форма:** таблетки. **Состав:** 1 таблетка содержит 50 мг активного вещества – тофизопам, а также вспомогательные вещества: стеариновую кислоту 1 мг, магния стеарат 1 мг, желатин 3,5 мг, тальк 2 мг, крахмал картофельный 20,5 мг, лактозы моногидрат 92 мг, целлюлозу микрокристаллическую 10 мг. **Описание:** круглые, плоские таблетки в виде диска, белого или серовато-белого цвета, с фаской, с гравировкой "GRANDAX" на одной стороне и с риской на другой стороне, без запаха или почти без запаха. **Фармакотерапевтическая группа:** анксиолитическое средство (транквилизатор). **КОД АТХ:** N05B A23. **ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА.** Фармакодинамика. Препарат из группы производных бензодиазепина (атипичное производное бензодиазепина), оказывает анксиолитический эффект, практически не сопровождающийся седативным, миорелаксирующим, противосудорожным действием. Является психоvegetативным регулятором, устраняет различные формы вегетативных расстройств. Обладает умеренной стимулирующей активностью. Вследствие отсутствия миорелаксирующего эффекта препарат может применяться и у больных с миопатией и миастенией. Вследствие атипичности химической структуры, в отличие от классических бензодиазепиновых производных, Грандаксин в терапевтических дозах практически не вызывает развитие физической, психической зависимости и синдрома отмены. Грандаксин относится к дневным анксиолитикам. Фармакокинетика. При приеме внутрь быстро и почти полностью всасывается из желудочно-кишечного тракта. Максимальная концентрация в крови достигается в течение 2 часов, после чего концентрация в плазме снижается моноэкспоненциально. Тофизопам не кумулируется в организме. Метаболиты его не обладают фармакологической активностью. Выводится главным образом с мочой (60–80%) в форме конъюгатов с глюкуроновой кислотой и, в меньшей степени (около 30%), с калом. Период полувыведения составляет 6–8 часов. **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ.** Неврозы и неврозоподобные состояния (состояния, сопровождающиеся эмоциональным напряжением, вегетативными расстройствами, умеренно выраженной тревогой, апатией, пониженной активностью, навязчивыми переживаниями); Реактивная депрессия с умеренно выраженными психопатологическими симптомами; Расстройство психической адаптации (посттравматическое стрессовое расстройство); Климатический синдром (как самостоятельное средство, а также в комбинации с гормональными препаратами); Предменструальный синдром; Кардиалгии (в виде монотерапии или в комбинации с другими препаратами); Алкогольный абстинентный синдром; Миастения, миопатии, неврогенные мышечные атрофии и другие патологические состояния со вторичными неврогическими симптомами, когда противопоказаны анксиолитики с выраженным миорелаксирующим действием. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к активному или любому другому компоненту препарата или любым другим бензодиазепинам; Состояния, сопровождающиеся выраженным психомоторным возбуждением, агрессивностью или выраженной депрессией; Декомпенсированная дыхательная недостаточность; I триместр беременности и период кормления грудью; Синдром остановки дыхания во сне (в анамнезе); Одновременное применение с такролимусом, сиролимусом, циклоспорином; Непереносимость галактозы, врожденная недостаточность лактазы или синдром мальабсорбции глюкозы и галактозы (препарат содержит лактозы моногидрат). **ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ.** Со стороны желудочно-кишечного тракта: снижение аппетита, запор, повышенное отделение газов, тошнота, сухость во рту. В отдельных случаях возможна застойная желтуха. Со стороны ЦНС: могут наблюдаться головная боль, бессонница, повышенная раздражимость, возбуждение, психомоторное возбуждение, спутанность сознания, могут возникать судорожные припадки у больных эпилепсией. **Аллергические реакции:** экзантема, скарлатиноподобная экзантема, зуд. **Опорно-двигательный аппарат:** напряжение мышц, боль в мышцах. **Дыхательная система:** угнетение дыхания. **ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ.** Следует учитывать, что у пациентов с задержкой психического развития, пожилых больных, а также имеющих нарушения функции почек и/или печени, чаще, чем у других пациентов, могут наблюдаться побочные эффекты. Не рекомендуется применять тофизопам при хроническом психозе, фобии или навязчивых состояниях. В этих случаях возрастает риск суицидальных попыток и агрессивного поведения. Поэтому тофизопам не рекомендован в качестве монотерапии депрессии или депрессии, сопровождающейся тревогой. Необходима осторожность при лечении пациентов с деперсонализацией, а также органическим поражением головного мозга (например, атеросклерозом). У больных эпилепсией тофизопам может повышать порог судорожной готовности. Каждая таблетка Грандаксин® содержит 92 мг лактозы, что следует учитывать больным, страдающим непереносимостью лактозы (см. раздел Противопоказания). **Влияние на способность к вождению автотранспорта и управлению механизмами:** Грандаксин® существенно не снижает внимание и способность концентрироваться. **ФОРМА ВЫПУСКА.** Таблетки 50 мг. По 10 штук в блистере. 2 или 6 блистеров вместе с инструкцией по применению упакованы в картонную пачку. **УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ.** Хранить препарат при температуре от 15 до 25°C. Хранить в недоступном для детей месте. **СРОК ГОДНОСТИ.** 5 лет. Не использовать после истечения срока годности указанного на упаковке. **УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК.** Отпускается по рецепту.



ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Грандаксин



Компания, принимающая претензии потребителей: ООО «ЭГИС-РУС», 121108, г. Москва, ул. Ивана Франко, 8.

Тел: (495) 363-39-66, Факс: (495) 789-66-31, E-mail: moscow@egis.ru, www.egis.ru



тативных процессов. Лечение тревоги в пожилом возрасте всегда комплексное. Ведущая роль в лечении отводится психотерапии. Когнитивно-поведенческая психотерапия – наиболее популярный и эффективный вид психотерапии тревожных расстройств. Психотерапевтические приемы следует сочетать с медикаментозной терапией.

В настоящее время для лечения тревожных расстройств у пожилых чаще всего применяют СИОЗС, бензодиазепины и антидепрессанты, которые имеют как достоинства, так и недостатки. Главным достоинством бензодиазепинов считается быстрый гарантированный эффект. Недостатками – риск падения, сонливость, усиление когнитивных расстройств, лекарственная зависимость. К преимуществам антидепрессантов относятся высокий процент улучшения, стойкость эффекта, воздействие на коморбидные состояния, слабым сторонам – медленный терапевтический эффект, относительно частые побочные эффекты, риск падения и геморрагические осложнения.

Среди препаратов для лечения тревоги профессор О.С. Левин выделил буспирон (Спитомин) ввиду его эффективности и безопасности, в том числе у пожилых пациентов. Этот препарат вошел в практику в 1980-е гг., и к настоящему времени накоплена достаточная доказательная база эффективности его использования при различных видах тревожных расстройств.

Спитомин воздействует как на пресинаптические, так и на постсинаптические серотониновые рецепторы, выступая в роли серотонинового стабилизатора. Спитомин не вызывает когнитивных и психомоторных нарушений, выраженного седативного и миорелаксирующего эффекта. Препарат оказывает анксиолитическое и антидепрессивное действие, нормализуя работу серотонинергической и до-

фаминаргической систем. Среди его преимуществ – отсутствие развития лекарственной зависимости.

Спитомин эффективен при различных формах тревожной депрессии. Он показан при генерализованном тревожном расстройстве, паническом расстройстве, обсессивно-компульсивном расстройстве, синдроме вегетативной дисфункции, алкогольном абстинентном синдроме, предменструальном синдроме, а также в качестве вспомогательного средства при депрессии. Это один из тех немногих препаратов, которые эффективны у пациентов с мозжечковой атаксией. Кроме того, препарат может быть использован для лечения такого осложнения, как лекарственная дискинезия, связанная с применением препаратов леводопы при болезни Паркинсона.

Заключение

В настоящее время в лечении тревожных и депрессивных расстройств у пациентов разных возрастных групп широко применяют такие эффективные противотревожные препараты, как Спитомин и Грандаксин («Эгис»).

Грандаксин (тофизолам) – представитель бензодиазепиновых транквилизаторов. Оказывает анксиолитический эффект, практически не сопровождающийся седативным, миорелаксирующим, противосудорожным действием. Осуществляет психовегетативную регуляцию, устраняет различные формы вегетативных расстройств, обладает умеренной стимулирующей активностью. Тофизолам в терапевтических дозах не потенцирует действие барбитуратов и этанола. Обладает низкой токсичностью, незначительными побочными эффектами. Прием тофизолама не приводит ни к физической, ни психической зависимости.

Подводя итог, профессор О.С. Левин отметил необходимость контроля возможных побочных эффектов Спитомина, таких как сонливость, головокружение, головная боль, с целью их своевременной коррекции. Буспирон обычно хорошо переносится. Побочные эффекты, если они наблюдаются, обычно возникают в начале курса лечения и затем исчезают, несмотря на продолжение приема препарата. В некоторых случаях необходимо снижение дозы. Он подчеркнул, что буспирон (Спитомин) – нейромодулирующий анксиолитик нового класса без седации и привыкания, предназначенный для курсового лечения у больных любого возраста, прежде всего пожилых пациентов. Препарат существенно улучшает результаты лечения больных с разными формами тревожных и депрессивных расстройств.

После повторных назначений препарата не наблюдается развитие толерантности к нему. При использовании тофизолама не отмечено синдрома отмены.

Спитомин (буспирон) – анксиолитик небензодиазепинового ряда. Механизм действия буспирона связан с его влиянием на серотонинергическую и дофаминергическую системы. Спитомин не нарушает психомоторные функции, оказывает выраженное седативное и миорелаксирующее действие, не вызывает лекарственной зависимости и синдрома отмены. К его преимуществам относятся быстрота наступления эффекта, возможность сочетания с другими психотропными препаратами, отсутствие негативного влияния на сексуальную функцию и массу тела. Буспирон (Спитомин) равен или превосходит бензодиазепины по анксиолитической активности при курсовой терапии, усиливает антидепрессивное и уменьшает побочное действие СИОЗС. *