

ТРЕВОЖНЫЕ
РАССТРОЙСТВА
ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ
МАСКИРОВАННЫЕ
ДЕПРЕССИИ



Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства(F4)



- Тревожно-фобические расстройства(F40)
- Другие тревожные расстройства(F41)
- Обсессивно-компульсивное расстройство(F42)
- Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43)
- Диссоциативные(конверсионные) расстройства(F44)
- Соматоформные расстройства(F45)
- Другие невротические расстройства(F48)-Неврастения (F48.0)



Тревога

Негативные эмоциональные переживания, обусловленные ожиданием чего-то опасного, неопределенности перспективы. Не всегда является патологической эмоцией. Может носить адаптивный характер и имеет определенный биологический смысл: мобилизует ресурсы организма, обеспечивающие поведение в экстремальных состояниях, предотвращает участие человека в потенциально опасном поведении, и поэтому выполняет защитную функцию

Тревожно-фобические расстройства



- Старые авторы называли эту группу заболеваний «садом греческих корней» с частицей «фобия»: клаустрофобия, мизофобия, агорафобия. Проявления: конкретный навязчивый страх и тревога, возникающие в определенной ситуации, сопровождаются вегетативной дисфункцией. Страх-кондиционален. В результате ситуации или объекты избегаются или переносятся с чувством страха.



Тревожно-фобические расстройства



- Агорафобия(с или без панического расстройства)
- Социальные фобии
- Специфические(изолированные) фобии



Тревога



Нормальная (адаптивная)

- связана с угрожающей ситуацией
- возрастает у условиях значимости выбора
- усиливается при недостатке информации, нехватке времени, ускоряет принятие решения
- может контролироваться и произвольно подавляться

Патологическая (дезадаптивная)

- может провоцироваться внешними обстоятельствами
- обусловлена внутренними причинами
- не связана с реальной угрозой и не соответствует значимости ситуации
- блокирует принятие конструктивного решения
- доминирует в сознании
- имеет конкретные клинические проявления



ДРУГИЕ ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА(F41)



- Паническое расстройство
- Генерализованное тревожное расстройство
- Смешанное тревожное и депрессивное расстройство



До выделения ПА в рубрику ПР:



- Тревожный невроз, тревожная истерия, «нейроциркуляторная астенция», атипичная депрессия, «гипервентиляционный синдром», фобический тревожно-деперсонализационный синдром.



Диагностические критерии для ПА



- Пароксизмальность
- Полисистемность вегетативных симптомов (сердцебиение, потливость, тремор, сухость во рту)
- Наличие эмоциональных расстройств, выраженность - от ощущения дискомфорта до паники



Российский центр вегетативной патологии



- Синдром вегетативной дисфункции с вегетативными кризами
- Демонстративные, психогенные, истерические припадки и Панические атаки-конверсионные симптомы



Варианты неврологических диагнозов и шифров для маскированных депрессий и панического расстройства

- G 90 - Расстройство вегетативной (автономной) нервной системы
- G90.8 - Другие расстройства вегетативной (автономной) нервной системы
- G90.9 - Расстройство вегетативной (автономной) нервной системы неуточненное

Варианты диагнозов (шифры G90,G90.8 G90.9)

- Диагноз: *«Вегетососудистая дистония. Нейроциркуляторная дистония»* (Кардионевроз)
- Диагноз: *«Вегетососудистая дистония. Психовегетативный синдром»* (ПР. Агорафобия)
- Диагноз: *«Вегетососудистая дистония с пароксизмальным течением»* (Панические атаки).
- Диагноз: *«Синдром вегетососудистой дистонии. Психовегетативный синдром»* (ГТР (генерализованное тревожное расстройство), ПР)
- Диагноз: *«Вегетососудистая дистония с тревожно-фобическим расстройством»* (ПР)

Основные симптомы депрессии (по МКБ-10)



1. **снижение настроения** по сравнению с присущей пациенту нормой - отмечается почти ежедневно и большую часть дня, а также вне зависимости от ситуации.
2. **снижение (утрата) интересов и способности испытывать удовольствие** от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями (**ангедония**).
3. **уменьшение активности**, повышенная (выраженная) утомляемость и снижение энергии.



Распространенность депрессий



- 18-25% женщин и 7-12 % мужчин из всего населения хотя бы раз в жизни перенесли депрессивное состояние
- 30-57% больных соматических и неврологических стационаров страдают депрессией
- 40% депрессий протекают в виде атипичных, маскированных форм



ДЕПРЕССИИ в общесоматической практике



Соматогенные

- органические депрессии (при структурных, дегенеративных изменениях в головном мозге)
- симптоматические депрессии (при соматических заболеваниях, исключая органические поражения головного мозга)

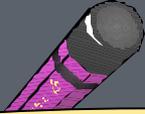
Соматизированные

(маскированные)

- «Маски» в форме нарушений биологического ритма
- «Маски» в форме вегетативных, соматических и эндокринных расстройств
- «Маски» в форме алгий



Наиболее предпочтительные жалобы больных, наблюдающихся:



кардиологами

- боли в сердце и зубах
 - сердцебиение
 - одышка
- нехватка воздуха
- перебои в сердце
- холод в конечностях

терапевтами

- боли в животе

неврологами

- проблемы в половой жизни
- ухудшение памяти и внимания,
- боли в голове, спине, шее, руках
- покалывание в различных частях тела
 - «мурашки» под кожей
 - жжение, сухость и
 - стягивание кожи
 - упадок сил
 - вялость
 - сонливость,
- снижение трудоспособности
 - раздражительность
 - головокружения
 - обмороки
 - «комочек» в горле
 - озноб
- дрожь внутренняя, а также в руках или ногах

Клиническая картина маскированных депрессий



- «Маски» в форме нарушения биологического ритма (бессонница, гиперсомния)
- «Маски» в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств (СВД, головокружение, синдром раздраженной толстой кишки, анорексия, булимия, импотенция, нарушение менструального цикла и т.д.)
- «Маски» в форме алгий (цефалгии, кардиалгии, абдоминалгии, фибромиалгии, невралгии, спондилоалгии, псевдоревматические артралгии)



Маски депрессии: хронические болевые синдромы

Чем интенсивнее боль
тем более вероятна
депрессия

Хронические болевые
синдромы



У 60% больных с
депрессией
хронические болевые
синдромы

Депрессивные нарушения

дефект серотонинергических структур

современные
антидепрессанты

Собственная
антиноцептивная активность

При мигрени
При головных болях
При болях в спине
При фибромиалгиях
При постинсультных болях

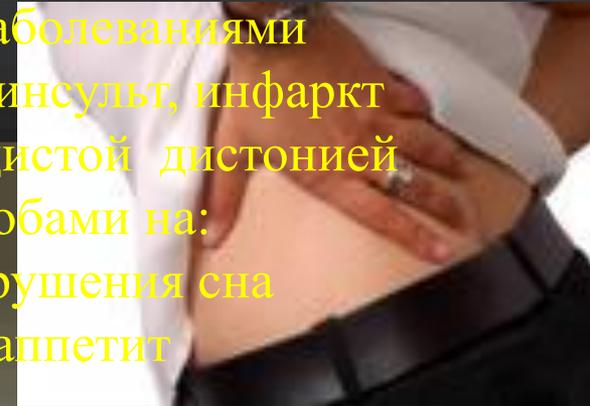


Портрет пациента

На приеме у
неврологов,
психотерапевтов



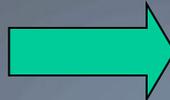
- Пациенты, страдающие хроническим болевым синдромом (более 4-х месяцев), в т. числе головные боли, боли в спине, суставах и др.
- Пациенты с жалобами боли в сердце, не подтвержденные результатами исследований
- Пациенты, длительно страдающие хроническими неврологическими заболеваниями
 - Пациенты, перенесшие инсульт, инфаркт
 - Пациенты с вегето-сосудистой дистонией
 - Пациенты с жалобами на:
 - упадок сил - нарушения сна
 - нарушения аппетита



Существующая практика лечения депрессий и панического расстройства

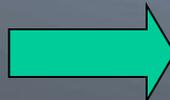


Транквилизаторы



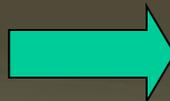
**Синдром зависимости, привыкания.
Синдром отмены.
Нежелательные побочные явления.**

(Персен, Афобазол)



**Отсутствие клинической эффективности
при лечении панического расстройства.**

Антидепрессанты
других групп
(амитриптилин)



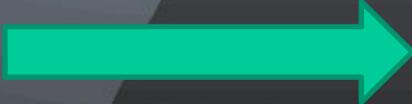
**Выраженные побочные эффекты,
в т.ч. кардиотоксичность.
Лекарственные взаимодействия.
Трудности титрования.**



Нейрофизиологическая платформа



- «Церебральная предрасположенность облегчает формирование невротической патологии»
И.П. Павлов

- Невротическая триада: Шейный остеохондроз, хр. тонзиллит, хр. холецистит.
- приводят к 
- возникновению симптомов невроза.

- «Негрубая органическая мозговая патология, церебральная гипоксия, ММД, лимбико-ретикулярные дисфункции...
-  возникновению невротических расстройств»

М.Вейн



Психологическая платформа



*«Каждому времени и каждому месту присущ свой невроз, ... И своя психотерапия...»
V. Frankl*

Основные факторы:

Психическая травма.

Преморбидные психологические особенности личности (акцентуации)

Базовые параметры личности (темперамент).

Факторы психотравмы:

Интенсивность

Смысл

Значимость и актуальность

Патогенность

Острота (внезапность)

Продолжительность

Повторяемость

Связь с личностными особенностями



«КОНВЕРСИЯ»...



- Свою версию происхождения психосоматических заболеваний
3. Фрейд назвал конверсией.
- Под словом «конверсия» обычно подразумевается превращение чего-то плохого, несовременного и ненужного в данный момент во что-то более актуальное.
 - « перекуем мечи на орала»
 - Но при конверсии, о которой говорил Фрейд, происходит другое: превращение плохого в еще более худшее: внутренний конфликт, не имея разрешения, трансформируется в те или иные физиологические симптомы.
 - *С точки зрения Фрейда, при конверсии человек заболевает не чем-то случайным, а в каждом конкретном симптоме символически представлено то, с чем были связаны его переживания. Так, например, психосоматические нарушения зрения и слуха он объяснял нежеланием видеть и слышать окружающую обстановку.*



«КОНВЕРСИЯ»...



- С появлением психосоматической болезни, человек, испытывает облегчение.
- Происходит это по трем причинам:
- во-первых, как было выше сказано, облегчается бессознательный конфликт;
- во-вторых, болезнь дает возможность получать различные бонусы от роли больного (на работу тяжелую не идти, чай в постель принесли, и вообще все вокруг жалеют);
- в-третьих, сразу становится понятна последовательность дальнейших действий...



Психосоматические расстройства



- Основа – психический фактор в этиопатогенезе расстройств.
- “Holy seven” - “святая семерка”

Эссенциальная гипертония (сдерживание собственной раздражительности)

Язвенная болезнь 12 перстной кишки (потребность в гиперопеке и самостоятельности)

Бронхиальная астма (конфликт владеть-отдать)

Сахарный диабет (хроническая неудовлетворенность)

Нейродермиты (пассивность и трудности самоутверждения)

Ревматоидный артрит (высокий уровень самоконтроля, агрессивная окраска помощи окружающим, застывшая, преувеличенная собственная позиция)

Язвенный колит («переживания катастрофы», заниженная самооценка, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам, стремление к зависимости, опеке).

Личности типа А (кардиопатология)

Личности типа В (патология ЖКТ)



***СТРЕСС – активация системы гипоталамус –гипофиз –
надпочечники***

Продолжительный стресс – глюкокортикоиды/ глутамат

Обратимая атрофия и потеря дендритов в гиппокампе, -
тяжелый длительный стресс – Гибель нейронов
гиппокампа.

***Мы должны помнить, что все наши психологические
гипотезы в один прекрасный день должны будут
получить органическую базу***

***З.Фрейд
«О нарциссизме»***

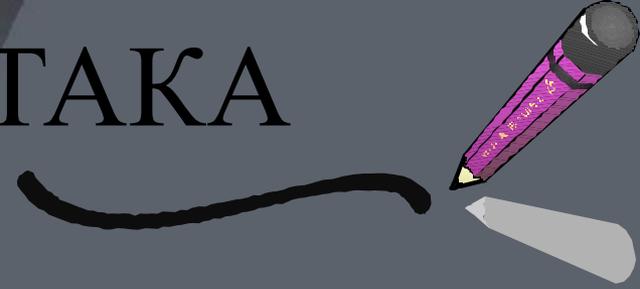


- Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) - повторяющиеся непредсказуемые приступы тяжелой тревоги, не ограничиваемые опред. ситуацией, возникновение спонтанное, могут провоц. физ. напряжением, сексуальной активностью, учащаются кофеином, происхождение ПР-генетическое, в 50%-выздоровление, 20%-продолжаются, в 30%-осложняются депрессией, опасностью суицида, привыканием к алкоголю и наркотикам, которые временно их ликвидируют, неврологи-НЦД.



ПАНИЧЕСКАЯ АТАКА

(патогенез)



- Генетика
- Личность(эмоционально-аффективные нарушения)
- Внешнесредовые факторы(условия жизни, острый и хронический эмоциональный стресс)
- Нейрохимические нарушения
- Неспецифические системы мозга-ее сердцевина-лимбикоретикулярная система.



A 3D anatomical illustration of a human brain, viewed from a slightly elevated, lateral perspective. The brain is rendered in a semi-transparent, light blue/white color. The limbic system, which includes structures like the amygdala, hippocampus, and hypothalamus, is highlighted in a vibrant, solid blue. A white, rounded rectangular box is superimposed over the lower-middle part of the brain, containing the text "limbic system" in a bold, blue, sans-serif font. The background of the brain image is a soft, light blue gradient.

limbic system



Признаки клинически значимого тревожного расстройства



"Нормальное" тревожное состояние

- умеренное
- преходящее
- хорошая адаптация
- соответствующий, обоснованный ответ на стрессовые факторы

Клинически значимое тревожное состояние

- может быть тяжелым
- устойчивое, повторяющееся
- плохая адаптация
- несоразмерность ответа на стрессовые воздействия или при отсутствии такового
- нарушение когнитивных и психологических функций





Психоанализ рассматривает ПР как результат безуспешной бессознательной защиты против деструктивных импульсов, вызывающих тревогу, а фобии являются защитным механизмом от осознания табуированных представлений: агрессии, направленной на родителей, инцестуозных представлений. Объект фобии часто символически указывает на реальный объект или ситуацию. Особая психастеническая конституциональная почва, начало и фиксация расстройства происходят по типу условного рефлекса.



Типы тревожных расстройств (МКБ-10)



Генерализованное тревожное расстройство (ГТР). Статистика



- является самым частым из тревожных расстройств (Wittchen HU et al., 2002)
- распространенность в общей популяции - **6,5%** (Kessler RS et al., 2002)
- в общемедицинской сети - до **15%** (Kessler RS et al., 2002)
- распространенность субсиндромальной тревоги на протяжении жизни достигает **25%** (Михайлова Н.М. и др., 2006)
- в России среди пациентов первичного звена расстройства тревожного спектра - до **46%** (Михайлова Н.М. и др., 2006)



Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)



- 2/3 пациентов с диагнозом ГТР – женщины (Lepine JP., 1993)
- дебют заболевания 18-35 лет, чаще к 20 годам; второй пик заболеваемости – после 30 лет (Yonkers KA et al., 1996)
- имеет хроническое, волнообразное течение, обостряясь после стрессовых ситуаций
- у 39% больных с отмечается нарушение социального функционирования, (снижение производительности труда, уменьшении контактов с окружающими, невыполнении повседневных обязанностей) (Maier W. 2000)
- входит в 10 заболеваний с наибольшей временной нетрудоспособностью (Kessler RS et al., 2002)



Соматические проявления тревоги



Нервная система

- головокружение, дурнота
- тремор, вздрагивания
- парестезии, мышечные подергивания, судороги

Сердечно-сосудистая система

- тахикардия, экстрасистолия
- кардиалгии, гипер-и гипотензия
- феномен Рейно
- акроцианоз

Дыхательная система

- нехватка воздуха
- одышка, удушье
- "ком" в горле
- нарушения ритма дыхания
- зевота

ЖКТ

- отрыжка, тошнота, рвота
- сухость во рту
- метеоризм
- запоры, поносы
- боли в животе

Система терморегуляции

- неинфекционный субфебрилитет
- ознобы
- гипергидроз

Урогенитальная система

- полиурия
- цисталгии
- зуд и боли в аногенитальной зоне
- нейроэндокринные расстройства
- расстройство пищевого поведения
- увеличение или снижение массы тела
- снижение либидо, импотенция, фригидность



Общие тревожные симптомы



Общие психические симптомы

- чувство беспокойства, нервозности
- раздражительность
- возбуждение (кусание губ, неусидчивость, произвольные движения руками)
- нетерпеливость
- тревожные мысли, снижение концентрации внимания
- нарушение сна, ночные кошмары
- быстрая утомляемость

Общие вегетативные симптомы

- тахикардия
- приступы жара и озноба
- потливость, холодные и влажные ладони
- сухость во рту
- "ком" в горле, нехватка воздуха
- боли в животе, понос
- учащенное мочеиспускание
- головокружение
- тремор, мышечные подергивания
- повышение мышечного тонуса, миалгии



Коморбидность тревоги (20%)

Сердечно-сосудистые заболевания
(стенокардия, нарушения ритма, АГ, сердечная
недостаточность, атеросклероз сосудов головного мозга)

Онкологические
заб-ния

Тиреотоксикоз/прием
тиреоидных гормонов

Аллергия,
бронхиальная астма

Эпилепсия
(особенно височная)

Заболевания ЖКТ
(язвенная болезнь
желудка и
12-пк)

Болевые синдромы
(мигрень, люмбалгия)

Предменструальный
синдром

Тревога

Депрессия



При наличии повышенной тревожности и ГТР:



- ГТР в 62% случаев предшествует развитию болезней сердца
- вероятность развития нефатального инфаркта миокарда возрастает в 2,3 раза
- риск внезапной смерти возрастает в 4,5 раза



Коморбидность тревоги и депрессии

тревога



раздражительность
нарушение сна
нарушение концентрации внимания
рассеянность
быстрая утомляемость
усталость

70%



депрессия





- Не бывает тревоги без депрессии? Или наоборот?
- Смешанное тревожное и депрессивное расстройство: симптомы тревоги и депрессии выражены в равной степени и сопровождаются вегетативной дисфункцией(оценка психопатологической картины болезни, выявление ведущего симптомокомплекса и выраженности тревожно-депрессивной симптоматики)

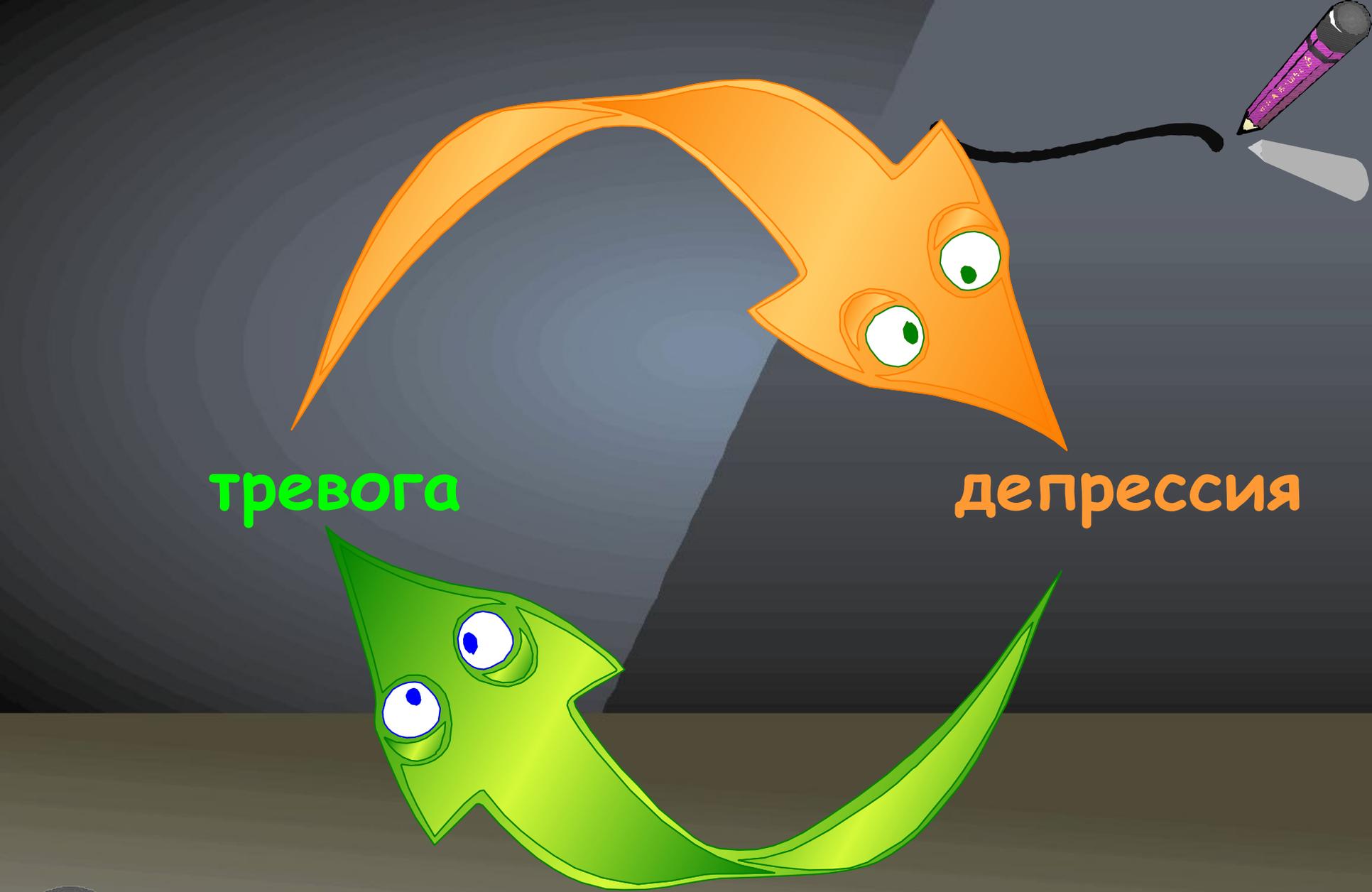


Этапы психофармакологии



- 1 купирование острого состояния
- 2 этап основного лечения
- Поддерживающая терапия
- Профилактическая противорецидивная терапия





тревога

депрессия



наличие первичного ГТР повышает риск развития депрессии в 4,5-9 раз

Проблемы диагностики



76%



тревожное
расстройство

субклиническая тревога

норма

жалобы и симптомы
соответствуют критериям
постановки диагноза "ТР"

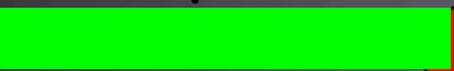
2 симптома тревоги и более в течение минимум 2 нед, приводящие к дезадаптации но недостаточные для диагноза тревожного расстройства неспецифические. Включает в себя полисистемные вегетативные нарушения астеноневротического круга



Проблемы диагностики



норма



своевременная постановка
диагноза и назначение
специфической
терапии

субклиническая
тревога



постановка диагноза
"вегетативная дистония"
(нейроциркуляторная,
вегетативно-сосудистая)
назначение неадекватной
терапии

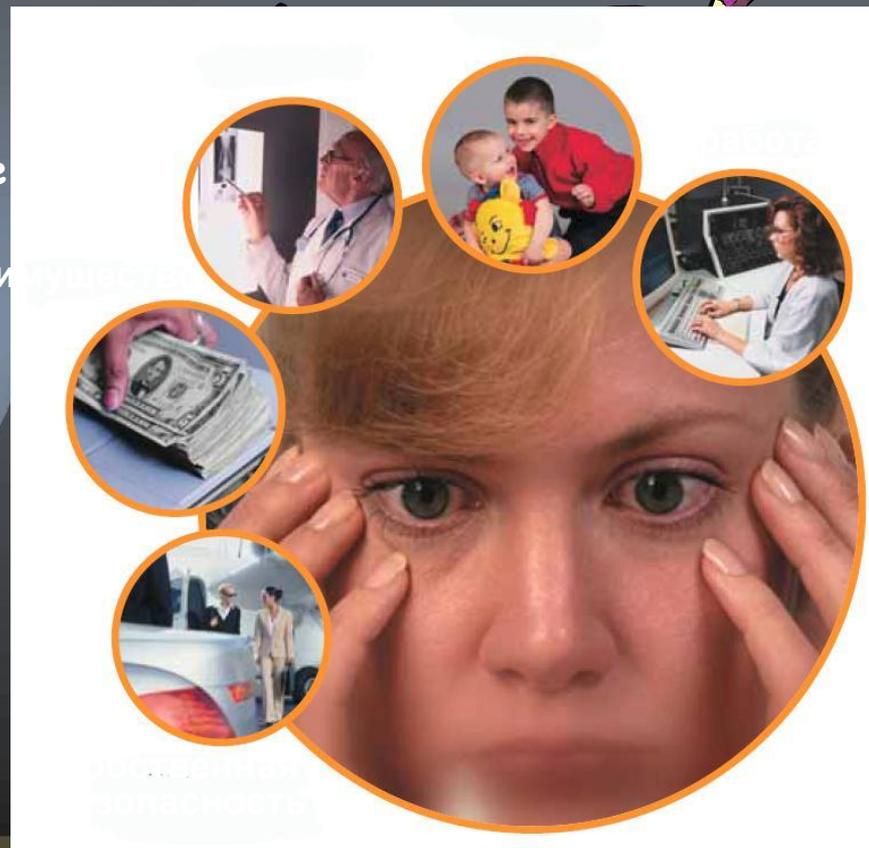
тревожное расстройство
депрессивные осложнения
усугубление фонового
соматического
заболевания



Патогенез тревоги

Анксиогенные факторы

- психотравмирующие ситуации (конфликты)
- неблагоприятные социально-экономические факторы (кризис!)
- заболевания (собственные, близких людей)



Особенности склада личности

- мнительность, «тонкая» душевая организация
- высокая социальная активность, принципиальность, добросовестность, стремление к лидерству, решительность, независимость
- амбициозность и чувство неуверенности

Особенности строения и функционирования ЦНС



Лечение



- **Нелекарственные методы лечения**

- ✓ аутогенная тренировка
- ✓ дыхательно-релаксационный тренинг, гипноз
- ✓ дыхательная гимнастика
- ✓ психотерапия

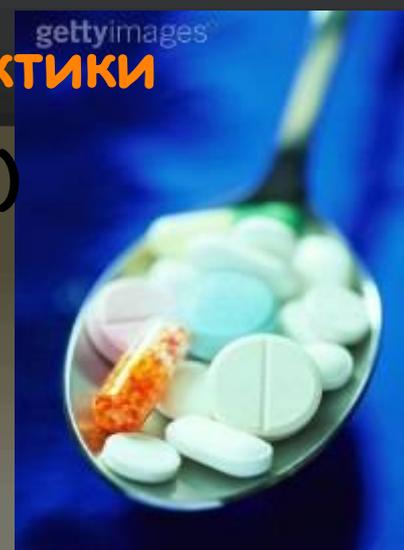
- **Медикаментозные методы лечения**

- ❖ выбор метода лечения зависит от вида и степени выраженности тревожного расстройства (<20 баллов – только психотерапия)



Фармакотерапия

- Седативные комбинированные средства (валидол, валокордин)
- Растительные седативные препараты (персен, ново-пассит)
- Нейролептики (терален, сонапакс, тиорил)
- Бета-адреноблокаторы (анаприлин)
- Анксиолитики ~ Транквилизаторы ~ Атарактики
- Антидепрессанты (трициклические, СИОЗС)



«Идеальный» антидепрессант должен

- быть эффективным при любых по тяжести депрессиях
- обладать сбалансированным действием (т.е. действовать на любые типы депрессии)
- проявлять свое действие быстро
- не активизировать суицидальные тенденции
- иметь малый потенциал к взаимодействиям
- обладать минимумом побочных эффектов
- быть безопасным при передозировке
- не нарушать когнитивные функции
- обладать удобным режимом приема

«Традиционные барбитураты»

- **Валокордин**
(мятное масло + *фенобарбитал* + хмелевое масло + этилбромизовалвалерат)
- **Валосердин**
(мятное масло + *фенобарбитал* + хмелевое масло + этилбромизовалвалерат)
- **Корвалдин**
(мятное масло + *фенобарбитал* + хмелевое масло + этилбромизовалвалерат)



Идеальный анксиолитик



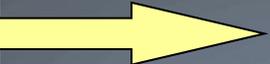
- Безопасность-широкое фармакот. окно
- Доступность-не требует спец. Рецепта, не включен в список сильнодействующих в-в
- Минимальное количество побочных эффектов:отсутствие зависимости, синдрома отмены,рикошета
- Эффективно купирует психовегетативные проявления тревоги



Анксиолитики



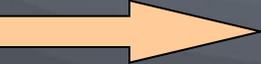
I поколение



- мепробамат-1952г.
- гидроксизин- 1955г.
- бенактизин (амизил)

II

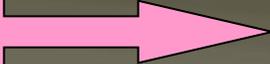
поколение



- хлордиазепоксид-1960г.
- диазепам (валиум)-1962г.

III

поколение



- буспирон



Анксиолитики



Бензодиазепиновые

- хлордиазепоксид (элениум)
- диазепам (реланиум, седуксен)
- оксазепам (нозепам, тазепам)
- тофизопам (грандаксин)
- алпрозолам (ксанакс)
- клоназепам (антелепсин)
- медазепам (рудотель)
- феназепам
- лоразепам (лорафен)



Небензодиазепиновые

- производные дифенилметана (бенактизин, **гидроксизин**)
- производные пропандиола (мепробамат)
- частичный агонист серотониновых рецепторов (буспирон)
- β -адреноблокаторы (пропраналол)
- Растительные седативные препараты (персен, дормиплант, стрессплант, ново-пассит) и антидепрессанты (деприм, негрустин)



Бензодиазепины



• Основные эффекты

- ✓ анксиолитический/транквилизирующий (все)
- ✓ антифобический (все)
- ✓ седативный (все)
- ✓ миорелаксирующий (диазепам, хлордиазепоксид, лоразепам)
- ✓ снотворный (нитразепам, диазепам и др.)
- ✓ противосудорожный (клоназепам, диазепам)
- ✓ вегетостабилизирующий (тофизопам, диазепам, гидазепам)
- ✓ амнестический (диазепам, мидазолам)

■ с преобладанием анксиолитического действия

■ с преобладанием снотворного действия

■ с преобладанием противосудорожного действия



Бензодиазепины



• Негативные эффекты

- ✓ угнетение, выраженная седация (дневная сонливость, вялость)
- ✓ стойкое нарушение когнитивных функций (внимание, концентрация, память, мышление)
- ✓ миорелаксация - повышение риска падений (особенно у лиц пожилого и старческого возраста из-за слабости в мышцах)
- ✓ атаксия
- ✓ влияние на вождение автомобиля (уменьшение скорости реакции)
- ✓ «парадоксальные реакции» - возбуждение, эйфория, нарушения сна и другие признаки «поведенческой токсичности» (исчезают при коррекции дозы)
- ✓ психическая и физическая зависимость (при длительном приеме - 6-12 мес), развитие лекарственной толерантности
- ✓ синдром отмены (тремор, рвота, судороги, агитация)



Симптомы отмены бензодиазепинов



Психовегетативные

- Деперсонализация
- Тремор
- Депрессия
- Тошнота
- Раздражительность
- Сердцебиение
- Нервозность
- Потливость
- Ощущения жара или холода

Соматические

- Боли
- Потеря веса
- Ощущение радиопомех
- Ощущение вспышек
- Потеря аппетита
- Воспаленные глаза
- Нарушения зрения



Обратное действие (рикошет)



- Симптоматика более тяжелая, чем до лечения
- Отмечается у 35% больных при быстрой отмене препарата
- Часто устрашающие для пациента симптомы
- Пик симптоматики в течение первой недели и исчезновение на второй неделе
- Наблюдаются при снижении дозы на 50%-25%



Синдром отмены



- Наблюдается у 40-80% пациентов, которых лечили более 4 месяцев, даже после постепенной отмены препарата
- Наблюдается при использовании бензодиазепинов как с длинным, так и с коротким периодом полувыведения
- Складывается из «старых» (обратное действие) и «новых» симптомов (отмена)
- Достигает максимума после снижения дозы и в большинстве случаев исчезает через несколько недель



Лекарственная зависимость



Проявляется:

- в быстром нарастании толерантности к препарату
- в значительном увеличении дозы препарата
- ✓ при попытке резко прекратить прием препаратов – появляются:
 - симптомы рикошета (резкое усиление симптомов основного патологического состояния: напр. тревоги и раздражительности)
 - симптомы абстиненции (психовегетативные и соматические симптомы)
- Развивается стойкая психическая зависимость

NB! - зависимость развивается тем быстрее,
чем короче период полувыведения бензодиазепинов!!



Рекомендации ВОЗ (1996г.)



курс терапии
бензодиазепинами
не должен превышать
2 - 3 недели



Требования к современному препарату для терапии тревоги



- < Быстрое облегчение состояния
- < Влияние на соматические и психические компоненты тревоги
- < Щадящее действие на когнитивные функции (память, внимание, мышление)
- < Отсутствие зависимости и возможность применять длительно
- < Отсутствие синдрома отмены
- < Улучшение качества жизни пациента
- < Административная безопасность (врач, дистрибьютор, аптека)



Амитриптилин

18 производителей небрендируемого

4 производителя брендируемого амитриптилина

Состав и формы выпуска: таблетки 10, 25, 100 мг; инъекции



Сильные стороны амитриптилина	Слабые стороны амитриптилина
<ul style="list-style-type: none">▪ Наиболее широко применяемый антидепрессант▪ Мощный антидепрессант▪ Высокая эффективность при широком спектре депрессивных расстройств▪ Имеет форму для парентерального введения	<ul style="list-style-type: none">▪ Утяжеляет течение ИБС▪ Кардиотоксический эффект (нарушает ритм сердца и проводимость даже в минимальных дозах)▪ Усиливает аппетит▪ Трехразовый прием в сутки▪ Необходима постепенная отмена препарата▪ Дает сильную седацию▪ Ухудшает когнитивные функции



Сильные стороны пароксетина

- Широкий спектр зарегистрированных показаний
- Быстрая редукция тревоги и бессонницы
- СИОЗС № 1 по продажам
- Хорошо известный препарат, давно и много применяется врачами
- Наличие препарата в списках льготного отпуска

Слабые стороны пароксетина

- Высокая цена
- Достаточно часто вызывает сонливость на первой неделе приема
- Может давать нежелательные лекарственные взаимодействия
- Вызывает половую дисфункцию
- Холинолитические побочные эффекты



Сильные стороны Экстракта травы зверобоя (гиперицин)

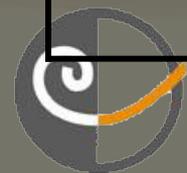
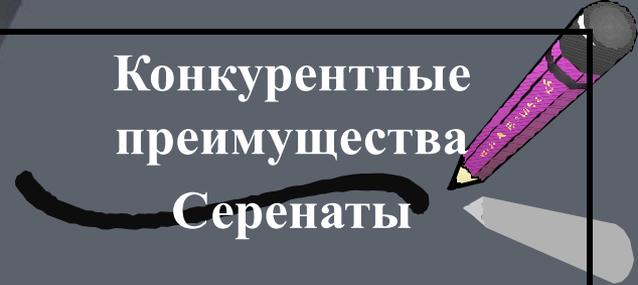
- Безрецептурный препарат
- Позиционируется как средство лечения легких (субклинических) депрессий, тревожных и вегетативных расстройств

Слабые стороны Экстракта травы зверобоя (гиперицина)

- Обладает очень слабой тимоаналептической, противотревожной, вегетостабилизирующей активностью, подтвержденной статусом ОТС (безрецептурный)
- Отсутствует антипаническое, антифобическое, антиобсессивное действие
- Трехразовый прием в сутки (понижается приверженность к лечению)
- Эффективен только в течение курса терапии
- Обладает седативным эффектом (осторожно при вождении автомобиля)
- Вызывает фотосенсибилизацию

Конкурентные преимущества ~~Серенаты~~

- Более мощный препарат
- Является средством сбалансированного действия
- эффективен при всех типах депрессий
- Более широкий спектр показаний (в т.ч. ОКР и панические расстройства)
- Не вызывает седации
- Однократный прием в сутки



Сильные стороны Грандаксина

- Один из двух популярнейших транквилизаторов у неврологов
- Позиционируется только как средство лечения тревожных расстройств (психовегетативный регулятор)
- Отсутствуют седативный и миорелаксанта́ный эффекты
- При его применении не формируется лекарственная зависимость и синдром отмены

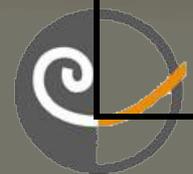
Слабые стороны Грандаксина

- Обладает очень слабой противотревожной активностью (самый слабый из бензодиазепиновых транквилизаторов)
- Неэффективен при депрессиях
- Обнаруживает высокий потенциал для лекарственного взаимодействия
- Эффект прекращается после окончания лечения
- Наличие активизирующего эффекта
- Трехразовый прием в сутки (понижается приверженность к лечению)
- С осторожностью – при управлении автомобилем





Сильные стороны Феназепам	Слабые стороны Феназепам
<ul style="list-style-type: none">▪ Первый из двух популярнейших у неврологов транквилизаторов▪ Очень высокая анксиолитическая эффективность▪ Эффект наступает сразу, без «латентного периода»	<ul style="list-style-type: none">▪ Выраженный седативный и миорелаксанта́ный эффект▪ Тимоаналептическим действием не обладает▪ 3-4 кратный прием в сутки (понижается приверженность к лечению)▪ Не рекомендуется к длительному применению, возможно развитие зависимости (токсикомании и «синдрома отмены»)▪ Обнаруживает высокий потенциал для лекарственного взаимодействия

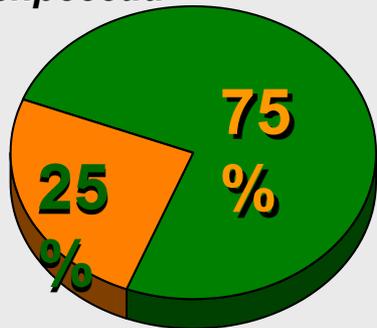


В клинической практике средства бензодиазепинового ряда очень часто назначаются в сочетании с антидепрессантами



Выявлены фармакологические взаимодействия между бензодиазепинами и ингибиторами обратного захвата серотонина

Терапия тяжелой депрессии*



 Монотерапия антидепрессантом

 Антидепрессант + психотропный препарат (анксиолитик)

Бензодиазепины в сочетании с антидепрессантами уменьшают:

- скорость синтеза серотонина и его высвобождение
- электрическую активность серотонинергических нейронов

Совместное применение препарата бензодиазепинового ряда в сочетании с антидепрессантом может снижать терапевтический эффект последнего