

УДК 616.89-008.441:617.54:616-08-039.57

Е.Б. УЖЕГОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

**ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ
В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

Ужегова Е.Б.

В статье описываются тревожные расстройства у соматических больных в амбулаторной практике. Приводятся результаты самооценки пациентами уровня своей тревожности по шкале Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина и состояние уровня тревожности у различных категорий пациентов.

Ключевые слова: тревожные расстройства, соматические больные.

Психическое здоровье населения является проблемой, которая вызывает озабоченность во всем мире. Наиболее распространенной формой психической патологии являются тревожные расстройства. Симптомы тревоги выявляют у 28-76% больных общемедицинской сети здравоохранения [1]. Врачи в своей повседневной практике часто наблюдают тревожные расстройства у своих пациентов. У них на первый план выступают жалобы, связанные с расстройством вегетативной нервной системы: сердцебиение, дрожь в теле, потливость, нарушение сна, раздражительность. Кроме этого, их беспокоит чувство тревоги за свою жизнь. Именно это является поводом для обращения к врачу. Чаще всего больные с подобными жалобами обращаются к врачам общей практики и терапевтам. Учитывая жалобы пациентов, клиницисты выставляют такие диагнозы, как: “вегетативная дистония”, “нейроциркуляторная дистония”. Все это создает трудности в определении правильного диагноза и назначении адекватного лечения. Однако, тревога часто проявляется симптомами, имитирующими соматическое заболевание. Поэтому наличие таких симптомов, как затрудненное дыхание, периодически возникающее чувство удушья или боль в грудной клетке, побуждает больных обращаться к пульмонологам и кардиологам. Чувство тошноты и дискомфорта в животе могут быть причиной обращений больных к гастроэнтерологам. Пациенты с тревожными расстройствами чаще обращаются к врачам, чем обычные пациенты. Они в 6 раз чаще посещают кардиолога, в 2 раза чаще невролога и в 1,5 раза чаще госпитализируются [2]. Показано, что панические атаки наблюдаются у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) достоверно чаще, чем у лиц с нормальным артериальным давлением (АД).

Вместе с тем, вегетативные симптомы тревоги, как правило, характерны для любых тревожных расстройств

и должны рассматриваться как маркер наличия у пациента тревожного расстройства, которые требуют адекватной диагностики и лечения. Правильная диагностика и коррекция тревожных расстройств могут обеспечить лучшую эффективность лечения соматических заболеваний.

По определению: *тревога* – это чувство беспокойства, нервозности, взвинченности, предчувствия беды, внутреннего напряжения без видимых причин.

Тревожные расстройства - группа неврозов, связанных с необоснованным и дестабилизирующим чувством страха и напряжения без какой-либо определенной причины.

Паническое расстройство – внезапный беспричинный интенсивный страх, достигающий максимума в течение нескольких минут и не связанный с пугающими ситуациями или предметами. Например, страх сойти с ума, страх смерти или внезапно возникшее чувство нехватки воздуха, приступы дурноты [3].

Тревожные расстройства могут сопровождаться симптомами, характерными для дисфункции вегетативной нервной системы:

- усиленное или учащенное сердцебиение;
- потливость;
- тремор или дрожь;
- сухость во рту (но не от лекарств или дегидратации).
- затруднения в дыхании;
- чувство удушья;
- боль или дискомфорт в груди;
- тошнота или абдоминальный дистресс (например, жжение в желудке).

Для тревожных расстройств характерны симптомы, относящиеся к психическому состоянию:

- чувство головокружения, неустойчивости;

Контакты: Ужегова Елена Борисовна, канд. мед. наук, ассоциированный профессор, доцент кафедры семейной медицины института последипломного образования, Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел. + 7 701 576 99 18, e-mail: elena1844@yandex.ru

Contacts: Elena Borisovna Uzhegova, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Family Medicine, Institute of Postgraduate Studies, Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty c. Phone. + 7 701 576 99 18, e-mail: elena1844@yandex.ru

• чувство, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или «по-настоящему находится не здесь»;

- страх потери контроля, сумасшествия;
- страх наступающей смерти, страх умереть.

У больных с тревожными расстройствами могут наблюдаться общие симптомы:

- приливы жара или ознобы;
- онемение или ощущение покалывания.

Кроме того, тревожные расстройства у больных часто сопровождаются астеническим синдромом, для которого характерно наличие слабости, утомляемости, снижение работоспособности, концентрации внимания, памяти, эмоциональной лабильности, раздражительности, нарушении сна.

Тревога может возникать у психически здоровых людей как ответ на какую-то угрозу. В то же время она может быть проявлением тревожного расстройства.

У больных с симптомами тревоги могут наблюдаться как первичные расстройства: фобии, панические расстройства, генерализованное тревожное расстройство и другие, так и вторичные тревожные расстройства, возникающие как проявление соматических болезней. Причем, симптомы этих заболеваний могут являться провоцирующим фактором панических атак. У пациентов чувство тревоги может возникать при ожидании результатов обследования или перед какими-то медицинскими вмешательствами (так называемая «ситуативная» тревога). Состояние тревоги, как правило, способствует утяжелению течения заболевания [4, 5]. Тревожные расстройства, имеющие место у больных, страдающих соматическими заболеваниями, снижают качество жизни пациентов, еще больше усугубляют психоэмоциональное напряжение, оказывая влияние на поведение человека, его самочувствие и взаимоотношение с окружающими. Сочетание стрессовых, депрессивных и тревожных расстройств с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) является общеизвестным в клинической практике фактом [6]. Они могут являться независимыми факторами риска (ФР) развития ССЗ и их осложнений: инфаркта миокарда, мозговых инсультов, а также предикторами кардиальной смертности [7, 8, 9]. Ухудшение течения соматических болезней у больных с тревожными расстройствами может быть след-

ствием более низкой приверженности пациентов, имеющих расстройства эмоциональной сферы, к медикаментозному лечению и выполнению немедикаментозных рекомендаций. Кроме того, у больных с тревожными расстройствами может наблюдаться болезненная реакция на сам факт постановки диагноза любого соматического заболевания. Внесение изменений в образ жизни, необходимость приема лекарственных препаратов могут способствовать также и развитию психической астенизации больных. Они начинают жаловаться на «отсутствие сил», слабость, вялость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, раздражительность. На этом фоне усиливаются проявления расстройства вегетативной нервной системы, сопровождающиеся появлением таких симптомов, как тахикардия, одышка, усиленная потливость, сухость во рту.

Как правило, определенный уровень тревожности присутствует у каждого человека. В связи с этим существует понятие «полезная тревожность» - это оптимальный уровень тревожности. Поэтому каждому человеку желательно знать, не выходит ли у него уровень тревожности за грань патологии. Оценка человеком своего состояния очень важна в плане самоконтроля и решения вопроса возможной коррекции этого состояния при необходимости.

Цель исследования - оценка уровня тревожности у соматических больных в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Оценка уровня реактивной и личностной тревожности была проведена у 765 больных, наблюдавшихся в поликлиниках Астаны, Алматы, Чимкента и Караганды.

Оценка психоэмоционального статуса проводилась с помощью шкалы оценки уровня реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина. Используя этот тест, мы получили информацию о самооценке человеком уровня своей тревожности в данный момент (реактивной тревожности (РТ), как состояния и личностной тревожности (ЛТ), как устойчивой характеристики человека). Шкала самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина состоит из двух частей, разделяющих РТ (высказывания № 1-20) и ЛТ (высказывания № 21-40). Пациент заполнял две таблицы, содержащие по 20 характеристик с цифровыми шкалами - личностной и реактивной тревожности.

Шкала реактивной тревожности

Инструкция: прочитайте внимательно каждое из приведенных предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	2	3	4	5	6
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничего не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4

Продолжение - Шкала реактивной тревожности

Инструкция: прочитайте внимательно каждое из приведенных предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как Вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет		Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала личностной тревожности (ЛТ)

Инструкция: прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете обычно. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет		Почти никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
1	2	3	4	5	6
21	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Показатели РТ и ЛТ подсчитывались по формулам:

$$РТ = \sum 1 - \sum 2 + 35,$$

где:

$\sum 1$ - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\sum 2$ - сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20);

$$ЛТ = \sum 1 - \sum 2 + 35,$$

где:

$\sum 1$ - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\sum 2$ - сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Оценка результатов проводилась по сумме полученных баллов:

до 30 баллов - низкая тревожность;

31-45 баллов - умеренная тревожность;

46 и более баллов - высокая тревожность.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Средний балл уровня реактивной и личностной тревожности в общей группе амбулаторных больных, а также отдельно у мужчин и женщин отражен на гистограмме №1.

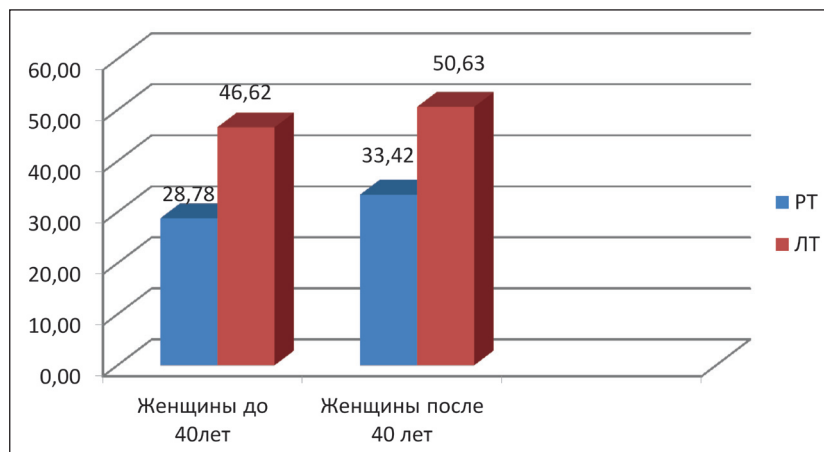


Гистограмма №1 - Средний балл реактивной и личностной тревожности у амбулаторных больных

Как видно из данных гистограммы, все пациенты, как мужчины, так и женщины, находившиеся на лечении в поликлинике с разными заболеваниями, имели повышенный уровень тревожности. Причем, уровень реактивной тревожности у них был умеренный, а личностной - высокий. Средний балл реактивной тревожности у больных в общей группе был 32,17, личностной тревожности - 48,71. Это соответствовало показателю умеренной РТ и высокой - ЛТ.

Статистика утверждает, что женщины склонны к тревожности куда больше, чем мужчины. Некоторые психологи

высказывают предположение, что такая предрасположенность не является свойством женской психики изначально; тревожность - часть того представления о «типичной женщине», которое формируется в обществе. При этом для большинства взрослых женщин характерно принятие своей тревожности как эмоциональности и чувствительности, что не считается ими негативным фактором. Мы провели анализ показателей РТ и ЛТ у 50 женщин в возрасте до 40 и у 88 - после 40 лет. Показатели РТ и ЛТ у женщин в возрасте до 40 лет и после 40 лет отражены на гистограмме №2.



Гистограмма №2 - Средний балл реактивной и личностной тревожности у женщин в возрасте до 40 лет и после 40 лет

У молодых женщин в возрасте до 40 лет отмечались низкие показатели реактивной тревожности (28,78) и высокие личностной тревожности (46,62). Низкий уровень реактивной тревожности у молодых женщин говорит о том, что они уверены в себе, эмоционально стабильны и способны справляться с трудностями. Показатели же уровня тревожности у женщин после 40 лет практически не отличались от показателей тревожности в общей группе и соответствовали показателям умеренной РТ и высокой ЛТ.

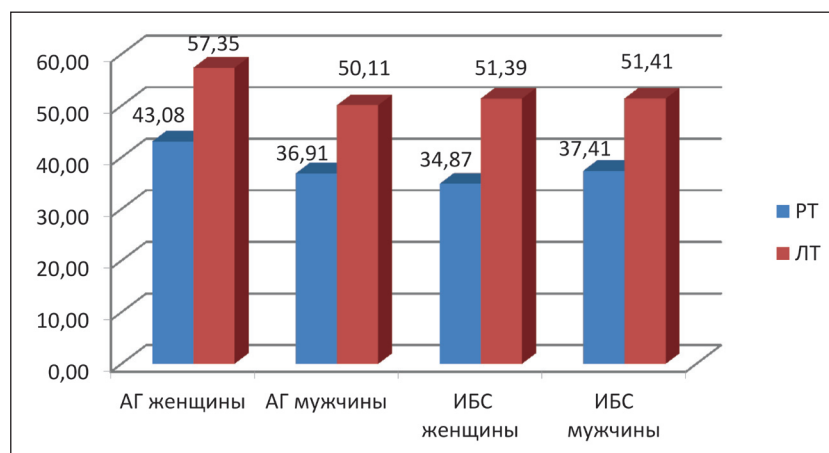
Как правило, высокая личностная тревожность коррелирует с психосоматическими расстройствами, не связана с ситуацией и является свойством личности. У всех женщин высокие показатели

уровня ЛТ обусловлены как свойствами личности, так и наличием соматических расстройств. Показатели уровня РТ у пациенток старше 40 лет были выше, чем у женщин моложе 40 лет, и могут быть объяснены большей частотой стрессовых ситуаций у данной категории пациенток. Реактивная тревожность возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию, характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью.

Учитывая взаимосвязь тревожных расстройств с соматическими заболеваниями, нами был проанализирован

уровень тревожности у больных артериальной гипертонией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), а у женщин с климактерическим и предменструальным синдромом.

У больных, наблюдавшихся с диагнозом АГ, анализ уровня тревожности был проведен у 52 женщин в возрасте от 32 до 78 лет и у 36 мужчин в возрасте от 38 до 76 лет. У больных, наблюдавшихся с диагнозом ИБС, анализ уровня тревожности был проведен у 34 женщин в возрасте от 48 до 80 лет и у 25 мужчин в возрасте от 45 до 79 лет. Данные по уровню тревожности у больных АГ и ИБС отражены на гистограмме №3.



Гистограмма №3 – Средний балл реактивной и личностной тревожности у больных, страдающих АГ и ИБС

Как видно из гистограммы №3, у больных с АГ и ИБС (как у мужчин, так и женщин) был выявлен умеренный уровень РТ и высокий ЛТ. У больных с АГ средний уровень как реактивной, так и личностной тревожности был выше у женщин, чем у мужчин. У больных с ИБС значительных различий уровней реактивной и личностной тревожности у мужчин и женщин не наблюдалось. Высокая личностная тревожность у обследованных больных может быть следствием заболеваний сердечно-сосудистой системы. Как известно, при АГ и ИБС имеет место нарушение тонуса вегетативной нервной системы. Доказано, что состояния, при которых развивается эссенциальная гипертензия, характеризуются не только нарушением тонуса парасимпатической, но и выраженным гипертонусом симпатической нервной системы, что проявляется повышением частоты сердечных сокращений в покое и поражением органов-мишеней [10, 11].

Имеются данные о том, что активация симпатической нервной системы имеет неблагоприятное прогностическое значение в плане заболеваемости и смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях, ассоциированных с артериальной гипертонией, таких как застойная сердечная недостаточность, инсульт, инфаркт миокарда и почечная недостаточность [12]. С другой стороны, сами тревожные расстройства, как показывают исследования

[8, 13-16], способствуют отягощению ССЗ, снижению качества жизни и повышению частоты сердечно-сосудистых осложнений и смертности кардиологических больных. Помимо тяжести ИБС, тревожные расстройства являются независимыми факторами смертности больных, перенесших ИМ.

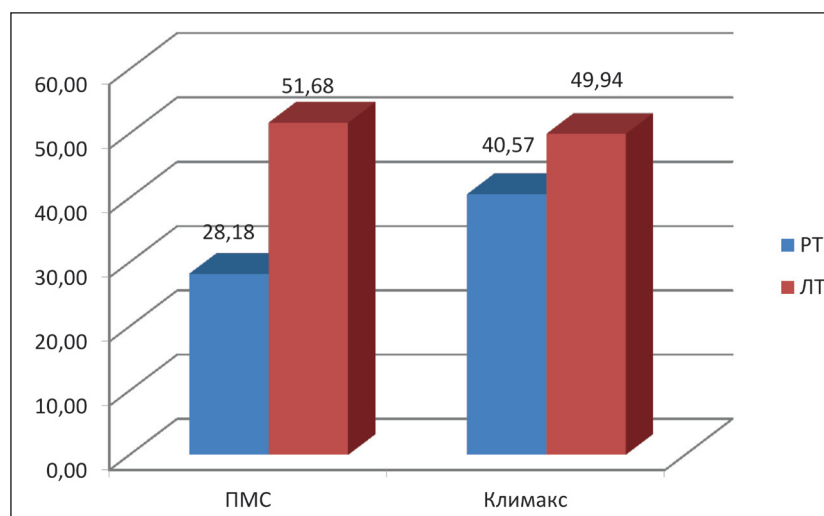
У больных с АГ при оценке психологического статуса и качества жизни обычно выявляются более высокие уровни напряженности, невротизации, агрессии, враждебности на уровне снижения качества жизни по сравнению со здоровыми людьми. Снижение качества жизни у больных ССЗ многие авторы напрямую связывают с наличием тревожно-депрессивных синдромов [17, 18, 19].

Кроме того, существующие у больных тревожные расстройства оказывают влияние на снижение у пациентов приверженности к лечению и выполнению рекомендаций по здоровому образу жизни [8, 20, 21, 22].

Учитывая изменения в психоэмоциональной сфере, которые часто наблюдаются у женщин с климактерическим и предменструальным синдромом, мы провели обработку данных анкетирования и анализ уровня РТ и ЛТ у этих групп пациенток.

По данным исследователей, изучавших клинические проявления климакса, тревожные и психические расстройства у данного контингента лиц выявляются в 78,4% случаев [23, 24]. Эти расстройства проявляются плаксивостью, приступами раздражительности, ощущением страха, тревоги [25]. Они обусловлены дисфункцией вегетативной нервной системы и проявляются возникновением приливов (внезапное ощущение жара в области головы, шеи и верхней части туловища), повышенной потливостью, тахикардией, головокружением, головной болью.

Оценка уровня тревожности была проведена у 19 женщин с климактерическим синдромом. Результаты представлены на гистограмме №4.



Гистограмма №4 – Средний балл реактивной и личностной тревожности у пациенток с климактерическим и предменструальным синдромом

Как видно из данных, представленных на гистограмме №4, показатель РТ у пациенток с климактерическим синдромом был 40,58 и соответствовал умеренной тревожности. ЛТ была на уровне 49,95 и расценивалась как высокая. Высокий уровень ЛТ у больных с климактерическим синдромом можно объяснить наличием расстройств вегетативной нервной системы и психическими нарушениями, обусловленными изменениями в гормональном фоне, которые происходят в организме женщины в период климакса.

Изменения психоэмоционального статуса у женщин происходят также и при наличии предменструального синдрома (синдрома предменструального напряжения). В этот период могут быть симптомы нервно-психических нарушений, которые проявляются агрессией, раздражительностью, плаксивостью и депрессией. Кроме этого, возможны вегето-сосудистые (перепады артериального давления, головная боль, рвота, тахикардия, боли в области сердца) и обменно-эндокринные нарушения. Эти клинические симптомы возникают на фоне гормональных колебаний во время менструального цикла [26].

Нами проведена также оценка уровня тревоги у 22 пациенток с предменструальным синдромом. У данной категории обследованных, был выявлен высокий уровень ЛТ (51,68). Его можно объяснить усугублением вегето-сосудистых и нервно-психических нарушений, обусловленных изменением уровня половых гормонов во второй фазе менструального цикла.

Лечение тревожных расстройств

Высокая частота тревожных расстройств наряду с их значительным негативным влиянием на течение и прогноз соматических заболеваний, а также качество жизни пациентов, страдающих сочетанной тревожной и соматической патологией, объясняют необходимость проведения терапии у данного контингента больных.

Основными методами лечения является назначение немедикаментозного и медикаментозного лечения. Снижению уровня тревожности способствуют нормализация режима труда и отдыха, устранение стрессовой ситуации. Однако большинству больных требуется патогенетическая терапия препаратами с противотревожным (анксиолитическим) действием [27, 28, 29]. Этим свойством обладают транквилизаторы (анксиолитики).

По данным литературы у больных артериальной гипертонией, при которой повышение АД провоцируется психогенными факторами, назначение транквилизаторов и антидепрессантов приводит к снижению среднего «рабочего» АД и уменьшению частоты подъемов АД [30, 31, 32]. У больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП) назначение бензодиазепиновых анксиолитиков способствует не только уменьшению вегетативных расстройств, но и позволяет добиться положительных результатов при профилактике приступов ФП [33, 34].

Бензодиазепиновые транквилизаторы обладают противотревожным, антифобическим, седативным, миорелаксирующим, вегетостабилизирующим и противосудорожным действиями. В связи с этим они способны уменьшать беспокойство, чувство тревоги, страха, внутреннего напряжения. В целом, транквилизаторы, в отличие от других психотропных средств (нейролептики, антидепрессанты),

характеризуются отсутствием тяжелых побочных реакций и хорошей переносимостью. Однако, по данным литературы [35], при использовании препаратов этой группы возможны следующие побочные эффекты:

- гиперседация – дозозависимая дневная сонливость, снижение уровня бодрствования, нарушение координации внимания, забывчивость и др.;
- миорелаксация – расслабление скелетной мускулатуры, проявляющееся общей слабостью, слабостью в отдельных группах мышц;
- «поведенческая токсичность» – легкое нарушение когнитивных функций и психомоторных навыков;
- «парадоксальные» реакции – усиление агрессивности и ажитации (возбужденное состояние), нарушения сна, обычно проходящие самопроизвольно или после снижения дозы;
- психическая и физическая зависимость, возникающая при длительном применении (6-12 месяцев непрерывно). Кроме того, при приеме препаратов данной группы возможно относительно быстрое (через 1-2 месяца) развитие толерантности, а при резкой отмене транквилизаторов может возникнуть синдром отмены (вновь нарастание всей симптоматики тревожных расстройств). Поэтому традиционные бензодиазепины (феназепам, алпразолам, клоназепам), относящиеся к анксиолитикам, не рекомендуется использовать длительное время.

Из группы транквилизаторов выделяются так называемые дневные транквилизаторы, у которых преобладает собственно анксиолитическое действие и минимально выражены седативный, снотворный и миорелаксанта́ный эффекты – мезапам (рудотель), триоксазин, тофизопам (грандаксин); анксиолитическое действие превалирует и у гизазапама, тофизопама, дикалий хлоразепаата (транксена). Эти препараты можно назначать амбулаторно в дневное время.

В плане эффективности и безопасности при лечении тревожных расстройств интерес представляет препарат из группы производных бензодиазепина (атипичное производное бензодиазепина) тофизопам (грандаксин) – дневной анксиолитик.

Место тофизопама (грандаксина) при распределении препаратов по основным фармакологическим свойствам

По выраженности противотревожного действия - Феназепам=альпразолам > диазепам > хлордиазепоксид > мезазапам = грандаксин > темазепам > оксазепам > нитразепам > клоназепам.

Частота и интенсивность побочных эффектов Оксазепам > феназепам > темазепам > лоразепам > клоназепам > нитразепам > хлордиазепоксид > диазепам > мезазапам > грандаксин [36].

Как видно из данных, приведенных выше, по выраженности противотревожного действия препарат занимает промежуточное положение среди бензодиазепинов, однако он имеет наименьшую частоту и интенсивность побочных эффектов. Химическая формула тофизопама сильно отличается от структуры классических анксиолитиков. Поэтому тофизопам (грандаксин) обладает как типичными для этой группы препаратов анксиолитическими эффектами, так и рядом уникальных свойств:

- в терапевтической дозе не усиливает действие этанола;
- не вызывает психического или физиологического привыкания;
- не вызывает зависимости;
- существенно не снижает внимание и способность концентрироваться;
- не порождает синдрома отмены;
- обладает умеренной стимулирующей активностью.

Тофизопам (грандаксин) обладает противотревожным и вегетостабилизирующим эффектами, при этом седативный, миорелаксирующий и противосудорожный эффекты отсутствуют, что крайне важно для пациентов пожилого и старческого возраста [37]. Вышеописанные свойства тофизопам (грандаксина) позволяют широко использовать его в амбулаторной практике [38, 39, 40].

Клинические испытания

Грандаксин – препарат, который прошел множество клинических испытаний. Так эффективность и безопасность терапии тревожных расстройств тофизопамом (грандаксином) у больных сахарным диабетом изучалась Е.Г. Старостиной и соавт. в ходе открытого сравнительного рандомизированного проспективного исследования [41].

При исследовании влияния грандаксина на ССС у больных с ИБС было отмечено, что добавление препарата к комплексной антиангинальной терапии у пациентов с ИБС сопровождалось не только уменьшением выраженности тревожно-депрессивного расстройства [42], но и более выраженным уменьшением общей длительности ишемии миокарда (на 53,0%) по сравнению с пациентами, не получавшими грандаксин [43].

Тревожные расстройства отрицательно влияют на клинические проявления функциональных расстройств органов пищеварения. Препарат тофизопам (грандаксин), применяемый при синдроме раздраженной кишки (СРК), оказывал положительное влияние на скорость транзита по кишечнику у больных с СРК, особенно при ускоренном пассаже [36].

Показания к применению

Согласно инструкции по применению препарата грандаксин, показанием к его назначению являются следующие состояния:

- 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;
- климактерический синдром (как самостоятельное средство, а также в комбинации с гормональными препаратами);
- синдром предменструального напряжения;
- кардиалгии (в виде монотерапии или в комбинации с другими препаратами);
- синдром алкогольной абстиненции;
- миастения, миопатии, неврогенные мышечные атрофии и другие патологические состояния с вторичными

невротическими симптомами в случаях, когда противопоказаны анксиолитики с выраженным миорелаксирующим действием.

Дозировка

Устанавливают индивидуально с учетом состояния больного, клинической формы заболевания и индивидуальной чувствительности к препарату.

Взрослым назначают по 50-100 мг (1-2 таб.) 1-3 раза в сутки. При нерегулярном применении можно принять 1-2 таб. Максимальная суточная доза – 300 мг.

Пациентам пожилого возраста и пациентам с почечной недостаточностью суточную дозу снижают примерно в 2 раза.

ВЫВОДЫ

Таким образом, при оценке уровня тревожности у амбулаторных пациентов, находившихся на лечении в поликлинике с разными заболеваниями, отмечался повышенный уровень тревожности. Причем, у большинства обследованных выявлен умеренный уровень РТ и высокий – ЛТ. Известно, что существующие у больных тревожные расстройства усугубляют течение соматических болезней, оказывают негативное влияние на качество жизни пациентов и приверженность к лечению. Поэтому большое значение имеет адекватная терапия этих расстройств. Тофизопам (грандаксин) может быть препаратом выбора при легкой и умеренно выраженной степени тревожных расстройств у части соматических больных, особенно при выраженных соматоформных проявлениях и нежелательности седативного эффекта.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Статья опубликована при поддержке представительства ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // РМЖ. – 2004. - №22. – С. 1277-1283
- 2 Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Дюкова Г.М., Федотова А.В. Психоэмоциональные расстройства у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями: масштабы проблемы, вопросы диагностики // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2005. - №4(6). – Ч. I. – С. 82-88
- 3 Мурашко Н.К. Психофармакотерапия кардионеврологических больных // Ліки України кардіоендокринологія. – 2013. - №9-10(175-176). – С. 35-38
- 4 Ахметова О.С. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Автореф. дисс... на соискание уч. ст. канд. психол. наук: 19.00.04. – СПб., 2009. – 21 с.
- 5 Горностаева Е.Ю. Влияние вегетативной нервной системы на развитие хронической болезни почек у больных метаболическим синдромом. Автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.01.29. – М., 2010. – 22 с.
- 6 Бобров А.Е. Тревожные расстройства: их систематика,

диагностика и фармакотерапия // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14, №4. – С. 327-328

7 Zellweger M.J., Osterwalder R.H., Langewitz W. et al. Coronary artery disease and depression // Eur Heart J. – 2004. – Vol. 25(1). – P. 3-9

8 Погосова Г.В. Депрессия – новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти // Кардиология. – 2002. – №4. – С. 86-91

9 Januzzi J.L., Stern T.A., Pasternak R.C. et al. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease // Arch Intern Med. – 2000. – Vol. 160(13). – P. 1913-1921

10 Mancia G., Grassi G. The autonomic nervous system and hypertension // Circ. Res. – 2014. – Vol. 114(11). – P. 1804-1814

11 Grassi G., Mark A., Esler M. The sympathetic nervous system alterations in human hypertension // Circ. Res. – 2015. – Vol. 116(6). – P. 976-990

12 Barretto A.C., Santos A.C., Munhoz R., Rondon M.U., Franco F.G., Trombetta I.C., Roveda F., de Matos L.N., Braga A.M., Middlekauff H.R., Negrão C.E. Increased muscle sympathetic nerve activity predicts mortality in heart failure patients // Int. J. Cardiol. – 2009. – Vol. 135(3). – P. 302-307

13 Luukinen H., Laippala P., Huikuri H.V. Depressive symptoms and the risk of sudden cardiac death among the elderly // Eur Heart J. – 2003. – Vol. 24(22). – P. 2021-2026

14 Musselman D.L., Evans L., Nemeroff C.B. The relationship of depression to cardiovascular disease // Arch Gen Psychiatry. – 1998. – Vol. 55. – P. 580-592

15 Penninx B.W., Beekman A.T., Honig A. et al. Depression and cardiac mortality // Arch Gen Psychiatry. – 2001. – Vol. 58. – P. 221-227

16 Pfiffner D., Niederhauser H.U., Maeder J.P. et al. Psychosocial predictors of mortality following myocardial infarction a seven-year follow-up study in 222 patients // Eur Heart J. – 2000. – Vol. 21. – P. 204-208

17 Айвазян Т.А. Основные принципы психокоррекции при гипертонической болезни // Атмосфера. – 2002. – №1(2). – С. 5-7

18 Айвазян Т.А., Зайцев В.П. Исследование качества жизни больных гипертонической болезнью // Кардиология. – 1989. – №9. – С. 43-46

19 Gaynes B.N., Burns B.J., Tweed D.L. et al. Depression and health-related quality of life // J Nerv Ment Dis. – 2002. – Vol. 190(12). – P. 799-806

20 Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Шальнова С.А. и др. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога // Кардиология. – 2005. – №8. – С. 38-44

21 Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общемедицинской практике // РМЖ. – 2002. – №25(144). – С. 1187-1191

22 Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2003. – 432 с.

23 Каменецкая Г.Я., Юренева С.В. Особенности депрессивных нарушений у женщин с индуцированной менопаузой // Климактерий. – 2003. – №2. – С. 4-7

24 Попов А.А., Изможерова Н.В., Андреев А.Н. и др. Депрессивные нарушения у женщин с менопаузальным син-

дромом // Проблемы репродукции. – 2005. – №1. – С. 17-18
25 Барденштейн Л.М., Торчинов А.М., Умаханова М.М. и др. Клиническая типология депрессивных расстройств у женщин в перименопаузальном периоде // Аллергология и иммунология. – 2005. – Т. 6, №2. – С. 269-275

26 Краснова П.В. Влияние половых гормонов на развитие и течение психических расстройств // Трудный пациент. – 2015. – Т. 13, №8-9. – С. 26-28

27 Михайлов Б.В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, №3(64). – С. 137-138

28 Яничак Ф.Дж., Дэвис Д.М., Прескорн Ш.Х., Айд мл. Ф.Дж. Принципы и практика психофармакотерапии. – Киев, 1999. – 728 с.

29 Fricchione G. Generalized anxiety disorder // New Engl J Med. – 2004. – №351(7). – P. 675-682

30 Головачева Т.В., Скворцов В.В., Скворцов К.Ю. К вопросу о безопасности применения антидепрессантов в кардиологической практике // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – №4. – С. 23-28

31 Katerndal D.A., Realini J.P. Quality of life and panic-related work disability in subjects with infrequent panic and panic disorder // J Clin Psychiatry. – 1997. – №58. – С. 153-158

32 Coelho A.M., Coelho R., Barros H. et al. Essential arterial hypertension: psychopathology, compliance, and quality of life // Rev Port Cardiol. – 1997. – Vol. 16. – P. 873-883

33 Недоступ А.В., Соловьева А.Д., Санькова Т.А. Психовегетативные соотношения у больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии // Терапевт. архив. – 2001. – №9. – С. 55-61

34 Недоступ А.В., Федорова В.И., Линевич А.Ю. и др. Тревожно-депрессивные и нейромедиаторные нарушения у больных гипертонической болезнью, влияние на них терапии ципрамилом // Терапевт. архив. – 2005. – №11. – С. 55-62

35 Бородин В.И. Побочные эффекты транквилизаторов и их роль в пограничной психиатрии // Психиатр. и психофармакол. – 2000. – №3. – С. 72-74

36 Бакумов П.А., Евсеев А.В. Применение транквилизаторов в терапевтической практике // Лекарственный вестник. – 2004. – №2. – С. 9-16

37 Дюкова Г.М. Грандаксин в клинической практике // Лечение нервных болезней. – 2005. – №2(16). – С. 25-29

38 Ладыженский М.Я. Бензодиазепиновые анксиолитики: востребованы ли они сегодня? // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – №2. – С. 20-25

39 Гайдук А.В., Бизунок Н.А. Фармакология антидепрессантов // Лечебное дело. – 2012. – №1. – С. 69-77

40 Бобров А.Е., Старостина Е.Г., Мошняга Е.Н. Бензодиазепиновая проблема: о чем свидетельствует опыт применения тофизопама (Грандаксина) // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2012. – №4. – С. 21-25

41 Старостина Е.Г., Мошняга Е.Н., Бобров А.Е. Эффективность и безопасность медикаментозной терапии тревожных расстройств у больных сахарным диабетом // Сахарный диабет. – 2010. – № 3. – С. 52-55

42 Кулешова Э.В. Применение тофизопама (Грандаксина) для лечения больных ишемической болезнью сердца // Кли-

ническая фармакология и терапия. – 2000. – №5. – С. 47-50
 43 Скворцов К.Ю., Головачева Т.В. Эффективность то-
 физиопама (Грандаксина) в лечении ишемической болезни
 сердца: клинико-инструментальное подтверждение // Жур-
 нал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008.
 - №12. – С. 53-55

REFERENCES

- 1 Starostina YeG. General anxiety disorder and anxiety symptoms in general medical practice. *RMZh = RMJ (Russian Medical Journal)*. 2004;22:1277-83 (In Russ.)
- 2 Oganov RG, Pogossova GV, Dyukova GM, Fedotova AV. Psycho-emotional disorders in CVD patients: scale of the problem, diagnostics issues. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika = Cardiovascular therapy and preventive measures*. 2005;4(6); 1:82-8 (In Russ.)
- 3 Murashko NK. Psycho-pharmacotherapy of cardiovascular patients. *Liki Ukraini kardioendokrinologiya = Medicines of Ukraine cardioendocrinology*. 2013;9-10(175-176):35-8 (In Russ.)
- 4 Akhmetova OS. *Psikhologicheskiy status i kachestvo zhizni patsientov s khronicheskoy obstruktivnoy boleznyu legkikh. Avtoreferat dissertatsii na soiskanie uch. st. kand. psikh. nauk: 19.00.04* [Psychological status and quality of chronic obstructive airways disease patients. Extended abstract of Candidate of Psychological Sciences' thesis: 19.00.04.]. St. Petersburg; 2009. P. 21
- 5 Gornostayeva YeY. *Vliyaniye vegetativnoy nervnoy sistemy na razvitiye khronicheskoy bolezni pochech u bol'nykh metaboli-cheskim sindromom. Avtoref. Diss. kand. med. nauk: 14.01.29.* [Autonomic nervous system influence on the development of chronic renal disease in metabolic syndrome patients. Extended abstract of Candidate of Medical Science's thesis: 14.01.29.]. Moscow; 2010. P. 22
- 6 Bobrov AYe. *Anxiety disorder: systematics, diagnostics and medication-assisted treatment. Russkiy meditsinskiy zhurnal = Russian medical journal*. 2006;14(4):327-8
- 7 Zellweger MJ, Osterwalder RH, Langewitz W, et al. Coronary artery disease and depression. *Eur Heart J*. 2004;25(1):3-9
- 8 Pogossova GV. Depression is a new risk factor of an ischemic heart disease and coronary death predictor. *Kardiologiya = Cardiology*. 2002;4:86-91 (In Russ.)
- 9 Januzzi JL, Stern TA, Pasternak RC, et al. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Intern Med*. 2000;160(13):1913-21
- 10 Mancia G, Grassi G. The autonomic nervous system and hypertension. *Circ. Res*. 2014;114(11):1804-14
- 11 Grassi G, Mark A, Esler M. The sympathetic nervous system alterations in human hypertension. *Circ. Res*. 2015;116(6):976-90
- 12 Barretto AC, Santos AC, Munhoz R, Rondon MU, Franco FG, Trombetta IC, Roveda F, de Matos LN, Braga AM, Middlekauff HR, Negrão CE. Increased muscle sympathetic nerve activity predicts mortality in heart failure patients. *Int. J. Cardiol*. 2009;135(3):302-7
- 13 Luukinen H, Laippala P, Huikuri HV. Depressive symptoms and the risk of sudden cardiac death among the elderly. *Eur Heart J*. 2003;24(22):2021-6
- 14 Musselman DL, Evans L, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:580-92
- 15 Penninx BW, Beekman AT, Honig A, et al. Depression and cardiac mortality. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:221-7
- 16 Pfiffner D, Niederhauser HU, Maeder JP, et al. Psychosocial predictors of mortality following myocardial infarction^ a seven-year follow-up study in 222 patients. *Eur Heart J*. 2000;21:204-8
- 17 Ayvazyan T.A. Fundamental principles of psycho-correction in the presence of hypertensive disease. *Atmosfera = Atmosphere*. 2002;1(2):5-7 (In Russ.)
- 18 Ayvazyan TA, Zaycev VP. The analysis of hypertensive disease patients' quality of life. *Kardiologiya = Cardiology*. 1989;9:43-6 (In Russ.)
- 19 Gaynes BN, Burns BJ, Tweed DL, et al. Depression and healthrelated quality of life. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(12):799-806
- 20 Oganov RG, Pogossova GV, Shalnova SA. et al. Depressive disorders in general medicine practice according to KOM-PAS (COMPASS) research: cardiologist outlook. *Kardiologiya = Cardiology*. 2005;8:38-44 (In Russ.)
- 21 Krasnov V.N. Psychiatric disorders in general medicine practice. *RMZh = RMJ*. 2002;25(144):1187-91 (In Russ.)
- 22 Smulevich AB. *Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolevaniyakh* [Depression in somatic and mental diseases]. Moscow Medical inform agency; 2003. P. 432
- 23 Kamenetskaya GYa, Yureneva SV. Specifics of depressive disorders in women with induced menopause. *Klimakteriy = Climacteric*. 2003;2:4-7 (In Russ.)
- 24 Popov AA, Izmozherova NV, Andreyev AN, et al. Depressive disorders in women with climacteric syndrome. *Problemy reproduksii = Reproduction issues*. 2005;1:17-8
- 25 Bardenshtein LM, Torchinov AM, Umakhanova MM, et al. Clinical typology of depression disorders in women in perimenopausal transition. *Allergologiya i immunologiya = Allergology and immunology*. 2005;6(2):269-75 (In Russ.)
- 26 Krasnova PV. The impact of reproductive hormones on the development and course of mental disorders. *Trudnyy patsient = Difficult patient*. 2015;13(8-9):26-8 (In Russ.)
- 27 Mikhaylov BV. The problem of assessing the effectiveness and quality of providing psychotherapy. *Ukrainskiy visnik psikhonevrologii = Ukrainian pssychoneurological herald*. 2010;18(3(64)):137-8
- 28 Janicak PG, Davis DM, Preskorn SH, Ayd FJ. *Printsipy i praktika psikhofarmakoterapii* [Principles and practice of psycho-pharmacotherapy]. Kiev; 1999. P. 728
- 29 Fricchione G. Generalized anxiety disorder. *New Engl J Med*. 2004;351(7):675-82
- 30 Golovacheva TV, Skvortsov VV, Skvortsov KYu. On the safety of the use of antidepressants in cardiological practice. *Psikhicheskie rasstroystva v obshchey meditsine = Mental disorders in general medicine*. 2008;4:23-8 (In Russ.)
- 31 Katerndal DA, Realini JP. Quality of life and panic-related work disability in subjects with infrequent panic and panic disorder. *J Clin Psychiatry*. 1997;58:153-8
- 32 Coelho AM, Coelho R, Barros H, et al. Essential arterial hypertension: psychopathology, compliance, and quality of life. *Rev Port Cardiol*. 1997;16:873-83
- 33 Nedostup AV, Soloviyeva AD, Sankova TA. Psychovegetative

correlations in patients with paroxysmal form of atrial fibrillation. *Terapevt. Arkhiv = Therapist. archive.* 2001;9:55-61 (In Russ.)

34 Nedostup AV, Fedorova VI, Linevich AY, et al. Anxiodepressive and neutrally-mediated disorders in hypertensive disease patients, the effect of cipramil therapy on them. *Terapevt. Arkhiv = Therapist. archive.* 2005;11:55-62 (In Russ.)

35 Borodin VI. Side effects of tranquilizers and their role in borderline psychiatry. *Psikhiatr. i psikhofarmakol. = Psychiatry and psychopharmacology.* 2000;3:72-4 (In Russ.)

36 Bakumov PA, Yevseyev AV. The use of tranquilizers in therapeutic practice. *Lekarstvennyy vestnik = Medical herald.* 2004;2:9-16 (In Russ.)

37 Dyukova GM. Grandaxin in clinical practice. *Lechenie nervnykh bolezney = Diseases of nervous system treatment.* 2005;2(16):25-9 (In Russ.)

38 Ladyzhenskiy MY. Benzodiazepine anxiolytics: are they in demand today? *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroystv = Modern therapy of mental disorders.* 2014;2:20-5 (In Russ.)

39 Gayduk AV, Bizunok NA. Pharmacology of antidepressants. *Lechebnoye delo = Medical business.* 2012;1:69-77 (In Russ.)

40 Bobrov AYe, Starostina YeG, Moshnyzga YeN. Benzodiazepine issue: what does tofisopam (Grandaxin) exhibition experience indicate. *Sovremennaya terapiya v psikhiiatrii i nevrologii = Modern therapy in psychiatry and neurology.* 2012;4:21-5 (In Russ.)

41 Starostina YeG, Moshnyzga YeN, Bobrov AYe. Efficacy and safety of drug therapy for anxiety disorders in patients with diabetes mellitus. *Sakharnyy diabet = Diabetes mellitus.* 2013;52-5 (In Russ.)

42 Kuleshova EV. The use of Tofizopam (Grandaxin) for the

treatment of patients with coronary heart disease. *Klinicheskaya farmakologiya i terapiya = Clinical Pharmacology and Therapy.* 2000;5:47-50 (In Russ.)

43 Skvortsov KYu, Golovacheva TV. Efficacy of tofizopam (Grandaxin) in the treatment of coronary heart disease: clinical and instrumental confirmation. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. C.C. Korsakova = Neurology and mental medicine journal named after S.S. Korsakov.* 2008;12:53-5 (In Russ.)

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Е.Б. УЖЕГОВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕГІ СОМАТИКАЛЫҚ НАУҚАСТАРДЫҢ МАЗАСЫЗДЫҚ КҮЙІ

Мақала амбулаториялық тәжірибедегі соматикалық науқастардың мазасыздану бұзылыстарды талдайды. Ч.Д. Спилберг пен Ю.Л. Ханин шкаласы бойынша науқастардың өз мазасыздану деңгейін бағалау нәтижелері және әр түрлі санатты науқастардың мазасыздану деңгейінің күйі корсетіледі.

Негізгі сөздер: мазасыздық күйі, соматикалық науқастар.

S U M M A R Y

E.B. UZHEGOVA

Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty c., Republic of Kazakhstan

ANXIETY DISORDERS OF PATIENTS WITH SOMATIC DISEASES IN OUTPATIENT TREATMENT PRACTICE

The article describes anxiety disorders of patients with somatic diseases in outpatient treatment practice. Results of self-assessment of level of own anxiety by patients under State-Trait Anxiety Inventory are stated, as well as the state of anxiety level of different categories of patients.

Key words: anxiety disorders, patients with somatic diseases

№	ФИО	Место работы	Город
1	Турганбаева И.А.	Городская поликлиника №2	Астана
2	Тасбулатова М.Ж.	Городская поликлиника №2	Астана
3	Тельжанова А.Ж.	Городская поликлиника №4	Астана
4	Савченко Н.Н	Городской центр первичной медико-санитарной помощи	Караганда
5	Асотова Л. Н.	Коммунальное государственное казенное предприятие №5	Караганда
6	Марциохи Л.В.	Коммунальное государственное казенное предприятие №4	Караганда
7	Савченко Д.И.	Коммунальное государственное казенное предприятие №1	Караганда
8	Акужанова М.В.	Семейная врачебная амбулатория №5.	Усть-Каменогорск
9	Ли Е.А.	Клиника «Беласу»	Шымкент
10	Толемисова А.М.	Городская поликлиника №1	Алматы
11	Толегенова С.О.	Городская больница №5	Алматы
12	Турдюкова А.М.	Городская поликлиника №10	Алматы
13	Тулеубаева А.С.	Городская поликлиника №17	Алматы

Для ссылки: Ужегова Е.Б. Тревожные расстройства у больных в амбулаторной практике // Медицина (Алматы). – 2017. - №11 (185). – С. 23-32

Статья поступила в редакцию 28.11.2017 г.

Статья принята в печать 28.11.2017 г.