

Ольга ВОРОБЬЕВА:

«Тревога и депрессия в значительной степени ухудшают качество жизни пациента»

Традиционно 22 июля мир отметил День мозга, посвященный повышению осведомленности населения планеты о важности здоровья мозга и о наиболее распространенных заболеваниях головного мозга и нервной системы, включая патологическую тревогу. О проблемах пациентов, страдающих тревожными состояниями, и современных подходах к их лечению мы решили поговорить с Ольгой ВОРОБЬЕВОЙ, профессором кафедры нервных болезней ИПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, специалистом высшей квалификационной категории, д.м.н.

? *Ольга Владимировна, в последние годы, несмотря на заметный прогресс в изучении головного мозга, многие вопросы, связанные с его работой, остаются открытыми. Согласны ли Вы с тем, что изучение человеческого мозга, отвечающего в т. ч. за чувства страха и тревожности, – самый большой вызов, который стоит перед наукой?*

– Я полностью согласна с этим утверждением. Изменения в головном мозге, происходящие при эмоциональных расстройствах, остаются малоизученными, тогда как исследование работы т. н. эмоционального мозга открывает огромные перспективы перед научным сообществом. Сегодняшний тренд в науке – это активное изучение эмоционального мозга.

? *Какова распространенность тревожных расстройств в мире и в нашей стране?*

– Прежде всего, нужно сказать, что тревога разделяется на 2 вида: физиологическую и патологическую. Физиологическая тревога сигнализирует организму о внешней или внутренней опасности с целью мобилизации его адаптационных возможностей для приспособления к меняющейся внешней среде. Что касается патологической тревоги, то это самое частое психическое нарушение.

Достаточно сказать, что на приеме у врача-терапевта каждый 5-й пациент страдает тревожным расстройством. По статистике, клинически значимые тревожные синдромы встречаются приблизительно у 15% людей в популяции, а если еще учитывать пациентов с субпороговыми тревожными нарушениями, то эта цифра достигает примерно 30%.

? *Насколько сопоставимы эти цифры в России и в других странах мира?*

– Они примерно одинаковы. По крайней мере результаты эпидемиологических исследований, которые проводились в России, а их было не так много, приблизительно соответствуют тем данным, которые получены в других странах мира.

? *Какие факторы можно считать ключевыми триггерами тревожных расстройств?*

– Патологическая тревога формируется под воздействием констелляции внешних и внутренних факторов. В первую очередь это отличительные особенности организма, его обостренная реакция на внешние события. Другая важная причина – внешние стрессовые события. Патологическая тревога развивается либо при наступлении острой стрессовой ситуации (например, потеря работы), либо



Ольга ВОРОБЬЕВА

при хроническом стрессе, когда стрессовые факторы воздействуют на человека длительное время.

Таким образом, внутренняя уязвимость человека на фоне неблагоприятной окружающей среды может привести к развитию тревожного расстройства.

? *Способствует ли пандемия COVID-19 росту числа тревожных расстройств? Если да, то в какой степени?*

– Имеются косвенные свидетельства роста тревожных нарушений на фоне пандемии. Мы наблюдали появление тревожных нарушений de novo у тех, кто не страдал ими ранее, а также обострение и усиление тревоги у тех, кто испытывал ее до пандемии. Всплеску тревожных расстройств способствовал целый ряд факторов, таких как опасение за собственное здоровье, угроза заразиться вирусом, необходимость длительной самоизоляции, ношение масок. У пациентов также отмечались т. н. поствирусные тревожные расстройства, которые, кстати,

могут развиваться вследствие любой вирусной инфекции. В то же время, согласно некоторым источникам, у лиц, переболевших COVID-19, тревожные расстройства встречаются примерно в 2,5 раза чаще, чем у людей, перенесших другие вирусные инфекции, например грипп и ОРВИ.

? **В чем заключаются основные подходы к лечению тревожных расстройств?**

– Терапия тревоги является многокомпонентной. Она включает как лекарственные и психотерапевтические тактики, так и информационные методы. Разберем, почему так важны образовательные программы для пациентов. Как известно, тревога проявляется не только психическими симптомами (тревожными предчувствиями), но и соматическими, включая учащенное сердцебиение, перебои в работе сердца, ощущение нехватки воздуха, образование кома в горле, чувство головокружения, предобморочные состояния, ощущение неустойчивости. Зачастую причины появления соматических симптомов непонятны для человека. Каждый из них становится для него стрессогенным. Более того, пациент часто не связывает их появление с состоянием собственной взвинченности, нервозности, ошибочно подозревая, что у него, например, возникли проблемы с сердцем. Именно поэтому очень важен разговор врача с пациентом, объяснение, почему и как возникает тот или иной симптом. Своевременное и грамотное информирование позволяет больному осознать, что с ним происходит. Второй необходимый компонент лечения тревожных состояний – это, безусловно, лекарственная терапия. На сегодняшний день разработано и внедрено в клиническую практику довольно много различных классов препаратов, обладающих противотревожным эффектом. В арсенале отечественного врача

имеется широкая линейка противотревожных препаратов – анксиолитических ЛС.

? **Какова роль бензодиазепиновых транквилизаторов при тревожных расстройствах?**

– Бензодиазепиновые препараты являются противотревожными средствами № 1, они прекрасно подавляют тревогу. Эти препараты вышли на рынок в 60-е годы, произведя настоящую революцию. Впервые появились лекарства, способные реально подавлять патологическую тревогу. Дальнейший опыт их использования показал, что эти препараты оказывают побочное седативное действие, которое мешает пациенту заниматься профессиональной и быденной деятельностью. Кроме того, выяснилось, что к бензодиазепиновым транквилизаторам со временем возникает зависимость, а лечебный эффект препаратов снижается. В связи с этим требовалось повышать дозировку ЛС. Отмена бензодиазепиновых транквилизаторов также может быть сопряжена с рядом трудностей, в первую очередь из-за синдрома отмены, который проявляется различными симптомами: головная боль, слабость, учащенное сердцебиение, тошнота, абдоминальная боль, нарушения сна, агрессивность, судороги. Из-за выявленных побочных эффектов использовать данные препараты стали значительно реже, только по определенным показаниям. Так, например, их назначают при острой тревоге, возникающей в связи с катастрофическими для человека событиями. В этом случае без данных препаратов не обойтись. До сегодняшнего дня 2 основных препарата этого класса – диазепам и клоназепам – входят в список ЖНВЛП. Но бесконтрольно использовать их нельзя. При тех тревожных расстройствах, о которых мы говорили, стараются не применять данные ЛС. Используют

либо небензодиазепиновые противотревожные ЛС, либо отдельные препараты группы бензодиазепиновых транквилизаторов, в частности тофизопам (Грандаксин), являющийся атипичным, «дневным» транквилизатором. Как по химической структуре, так и по клинко-фармакологическому эффекту тофизопам отличается от других 1,4-бензодиазепинов, у Грандаксина и подобных лекарств нитрогенная группа расположена в положении 2–3, в связи с чем их обычно обозначают как 2–3-бензодиазепины. Данный препарат не вызывает ни седативного, ни расслабляющего эффекта. К тофизопаму нет привыкания, при его приеме не развивается зависимость, этот препарат не усиливает действие этанола [1]. Поэтому Грандаксин сегодня достаточно широко используется при тревожных расстройствах.

? **В чем состоит основное отличие тофизопама (Грандаксина) от других препаратов бензодиазепинового ряда. С чем это связано?**

– Тофизопам занимает особое место в группе бензодиазепиновых транквилизаторов, поскольку обладает селективным механизмом действия. Если классические бензодиазепины связываются со многими типами рецепторов, то Грандаксин только с определенными, оказывая исключительно анксиолитическое действие при существенно менее выраженных побочных эффектах. Другими словами, мы можем использовать этот препарат, не опасаясь, что у пациента возникнет привыкание к нему или зависимость.

? **Насколько быстро он купирует чувство тревоги?**

– Как и все бензодиазепиновые транквилизаторы, тофизопам купирует тревогу очень быстро: согласно исследованию Е. Арушаняна (2005 г.) одна таблетка Грандаксина снижала тревожность

через 60 мин на 28% у пациентов с тревожными расстройствами [2]. Поэтому он может применяться при острой тревоге, когда необходимо быстро вывести пациента из этого состояния. Пациент, как правило, начинает ощущать облегчение уже с первого дня приема тофизопама.

? Как применение этого препарата сказывается на качестве жизни пациентов?

– Тревога и депрессия в значительной степени ухудшают качество жизни пациента, оказывают сильнейшее негативное влияние на здоровье и жизнь человека. Поэтому если удастся снизить уровень тревоги, то тут же повышается качество жизни. Если говорить о Грандаксине, то было проведено множество исследований, которые продемонстрировали улучшение качества жизни у применявших его пациентов.

? Возможно ли и насколько оптимально его назначение для снятия постковидных симптомов – тревожности, усталости, апатии?

– В постковидный период часто наблюдается развитие панических

атак у пациентов, а также тревожные расстройства и острые приступы тревоги. Для купирования этих симптомов в клинической практике можно применять тофизопам в качестве монотерапии. Что касается усталости и апатии, то это более сложные синдромы, обусловленные различными причинами. В этих случаях Грандаксин может использоваться как один из препаратов комплексного лечения.

? Помимо психических проявлений тревожных расстройств, пациенты часто жалуются на различные соматические проявления, связанные с нарушениями в постковидный период. Возможно ли применение Грандаксина в данных случаях?

– Грандаксин оказывает эффект как в отношении психических, так и соматических симптомов тревоги, включая алгические проявления. Российские исследователи тщательно изучали влияние Грандаксина на соматические симптомы тревоги, и в нескольких исследованиях был показан его вегетостабилизирующий эффект [3, 4]. Академик А.М. Вейн, известный эксперт в области патологии вегетативной нервной системы, считал,

что Грандаксин – один из лучших препаратов для купирования психовегетативных симптомов [5]. В настоящее время накапливается опыт использования Грандаксина у пациентов с постковидными нарушениями. Исследования, обобщающие клинический опыт, свидетельствуют, что Грандаксин положительно воздействует на соматические мышечные симптомы, соматические сенсорные симптомы, сердечно-сосудистые, респираторные, гастроинтестинальные, мочеполовые и вегетативные симптомы у пациентов с поствирусными тревожными расстройствами. Важно отметить уменьшение болевых проявлений на фоне лечения Грандаксином, что многие авторы связывают с его влиянием на мышечную дисфункцию [6].

? Как длительно можно назначать Грандаксин?

– Курсовое лечение составляет 4 нед. Обычно психические и соматические симптомы тревоги значительно регрессируют в течение первых 2 нед. лечения.

Беседовала **Ирина Широкова**, «Ремедиум»

ИСТОЧНИКИ

1. Инструкция по применению ЛП Грандаксин (таблетки, РУ П N013243/01 от 22.04.2020.
2. Арушанян Э.Б., Байда О.А., Мастягин С.С., Попов А.В. Хронобиологические особенности влияния Тофизопама на вариабельность сердечного ритма у человека. *Экспериментальная и клиническая фармакология*. 2005;68(4):36–39.
3. Дюкова М.Г. Грандаксин в клинической практике. *Лечение нервных болезней*. 2005;2(16):25–29.
4. Поплавская О.В., Цыбуля Ю.В. Современные подходы

к применению Грандаксина (тофизопама) в терапии астенических состояний. *Лекарственный вестник*. 2017;11;1(65):32–37.

5. Вейн А.М., Артеменко А.Р., Онкин В.Ю., Поморцева И.В. Эффективность Грандаксина в коррекции психовегетативных расстройств. *Лечение нервных болезней*. 2001:9–20.
6. Александрова Е.А., Паршина Е.В., Бородачева И.В., Суслов А.Г., Беляков К.М., Юлин В.С., Фомин С.В. Возможности дневных анксиолитиков в коррекции остаточных неврологических проявлений COVID-19. *Медицинский совет*. 2021;(12):50–60.