

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА с ТРЕВОГОЙ в НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

д.м.н., профессор Екушева Е.В.

*заведующий кафедрой нервных болезней и нейрореабилитации
Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России*

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА



только ~20% - назначение анксиолитиков психиатрами в США,
остальное – врачами других специальностей



высокая распространенность соматических и неврологических «масок» тревожных расстройств и вторичной тревоги на приеме врачей других специальностей

Это **наиболее частый тип психических нарушений**, проявляющийся избыточным восприятием страха (вне реальной стрессовой ситуации) и постоянными тревожными переживаниями большую часть времени в течение нескольких (как минимум) месяцев.

в **1,5** раза
чаще у женщин
(пик около 20 лет и после 60 лет)

ТРЕВОГА: «С ЧЕМ ПРИХОДЯТ» к НЕВРОЛОГУ?

- ВОП
- терапевт
- невролог
- кардиолог
- эндокринолог
- офтальмолог
- ревматолог
- геронтолог
-

Артериальная гипертензия
Ишемическая болезнь сердца
Мерцательная аритмия
Пороки сердца
Дислипотеидемия
Атеросклероз, Ожирение
Сахарный диабет 1 и 2 типа
Стеноз сонной артерии
Нарушение гемостаза
Алкоголизм, курение

нет сил

плохо сплю

плохо помню

все кружится

Могут вовлекаться все системы организма

Обращение к специалистам различного профиля

в связи с широким спектром полиморфных симптомов

ТРЕВОГА: ПСИХИЧЕСКИЕ и СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОГИ

Прилив жара/холода, потливость
«Ком в горле», одышка
Приступы тахикардии, головокружения
Озноб, «ползание мурашек»
ЖКТ нарушения
Сексуальные расстройства

Внутреннее напряжение, беспокойство
Раздражительность, нетерпеливость
Трудность сконцентрировать внимание
Суесть, ускоренная речь
Нарушение сна, плохие предчувствия
Покусывание губ/ногтей

ПСИХИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОГИ

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА на ПРИЕМЕ НЕВРОЛОГА

- Выраженность симптомов достигает тяжелой степени
- Пролонгируется длительность симптомов
- Симптомы развиваются уже при отсутствии стрессорных факторов
- Симптомы не поддаются контролю индивидуума и нарушают физическое, социальное или профессиональное функционирование индивидуума



Что беспокоит больного больше всего?

НЕВЕРБАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОГИ

- Разнообразные телесные ощущения (жар, холод, температурный дискомфорт)
- Суеулиность, неуверенность, частая смена положения тела
- Затруднение в четком и последовательном изложении жалоб и анамнеза (сбивчивый рассказ с фиксацией на своих переживаниях)
- Двигательная активность (избыточная моторика рук и мимики)
- Обильные вегетативные нарушения (тахипноэ, гипергидроз, гиперемия, гипо- или гиперсаливация)
- Настоячивое желание обследоваться и непоследовательное следование рекомендованной терапии или её игнорирование

ПАЦИЕНТ с ТРЕВОГОЙ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ

«Мое состояние – это естественный ответ на тяжелое заболевание или естественная эмоциональная реакция на окружающие события»



Видит в основном соматические проявления тревоги; неправильное представление о патологии (результат перегруженности на работе & наличия соматической патологии), необоснованное количество инструментальных методов диагностики и неправильная трактовка их результатов

РОЛЬ ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ ШКАЛ

1. Упрощение скрининга психосоматических расстройств
2. Экономия времени
3. Объективизация диагноза для пациента
4. Объективизация терапевтической эффективности



ОСНОВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ШКАЛЫ

Депрессии	Объективные: шкала депрессии Гамильтона (HDRS) и Монтгомери-Асберга (MADRS) Субъективные: шкала депрессии Цунге (SDS) и Бека (BDI), опросник здоровья пациента (PHQ-9), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)
Тревожные расстройства	Объективные: шкала тревоги Гамильтона (HARS) Субъективные: опросник тревоги Бека (BAI) и Шихана (SARS), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)
Астения	Шкала оценки усталости (FAS) Субъективная шкала оценки астении (MFI)
Инсомния	Питтсбургский индекс качества сна (PIQS)
Алгии	Визуальная аналоговая шкала (VAS)
Качество жизни	Опросник качества жизни SF-36 Краткая форма опросника качества жизни из 12 вопросов (SF-12v2) Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF)

ШКАЛА ТРЕВОГИ ГАМИЛЬТОНА (HARS)

1	Тревожное настроение (возбужденность, ожидание худшего, тревожные опасения, раздражительность)	0	1	2	3	4
2	Напряжение (ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться)	0	1	2	3	4
3	Страхи (тесноты, незнакомцев, одиночества, животных, толпы, транспорта)	0	1	2	3	4
4	Инсомния (затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха, чувство разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сны)	0	1	2	3	4
5	Интеллектуальные нарушения (затруднение концентрации внимания, ухудшение памяти)	0	1	2	3	4
6	Депрессивное настроение (утрата привычных интересов, чувства удовольствия от хобби, подавленность, ранние пробуждения, суточные колебания настроения)	0	1	2	3	4
7	Соматические мышечные симптомы (боли, подергивания, напряжение, судороги клонические, скрипение зубами, срывающийся голос, повышенный мышечный тонус)	0	1	2	3	4
8	Соматические сенсорные симптомы (звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара и холода, ощущение слабости, покалывания)	0	1	2	3	4
9	Сердечно-сосудистые симптомы (тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, частые вдохи)	0	1	2	3	4
10	Респираторные симптомы (давление и сжатие в груди, удушье, частые вдохи)	0	1	2	3	4
11	Гастроинтестинальные симптомы (затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство переполненного желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, запоры, снижение веса тела)	0	1	2	3	4
12	Мочеполовые симптомы (учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, менорагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция)	0	1	2	3	4
13	Вегетативные симптомы (сухость во рту, покраснение или бледность кожи, потливость, головные боли с чувством напряжения)	0	1	2	3	4
14	Поведение при осмотре (ёззание на стуле, беспокойная жестикуляция и поза, тремор, нахмуривание лица, напряженное выражение лица, вдохи или учащенное дыхание, частое сглатывание слюны)	0	1	2	3	4

Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа. Выберите тот из ответов, который соответствует Вашему состоянию, а затем просуммируйте баллы в каждой части.

Часть I (оценка уровня ТРЕВОГИ)

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе
3 - все время
2 - часто
1 - время от времени, иногда
0 - совсем не испытываю
2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться
3 - определенно это так, и страх очень велик
2 - да, это так, но страх не очень велик
1 - иногда, но это меня не беспокоит
0 - совсем не испытываю
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове
3 - постоянно
2 - большую часть времени
1 - время от времени и не так часто
0 - только иногда
4. Я легко могу присесть и расслабиться
0 - определенно, это так
1 - наверно, это так
2 - лишь изредка, это так
3 - совсем не могу
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь
0 - совсем не испытываю
1 - иногда
2 - часто
3 - очень часто
6. Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться
3 - определенно, это так
2 - наверно, это так
1 - лишь в некоторой степени, это так
0 - совсем не испытываю
7. У меня бывает внезапное чувство паники
3 - очень часто
2 - довольно часто
1 - не так уж часто
0 - совсем не бывает

Количество баллов здесь _____

Часть II (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство
0 - определенно, это так
1 - наверное, это так
2 - лишь в очень малой степени, это так
3 - это совсем не так
2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
0 - определенно, это так
1 - наверное, это так
2 - лишь в очень малой степени, это так
3 - совсем не способен
3. Я испытываю бодрость
3 - совсем не испытываю
2 - очень редко
1 - иногда
0 - практически все время
4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно
3 - практически все время
2 - часто
1 - иногда
0 - совсем нет
5. Я не слежу за своей внешностью
3 - определенно, это так
2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно
1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени
0 - я слежу за собой так же, как и раньше
6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
0 - точно так же, как и обычно
1 - да, но не в той степени, как раньше
2 - значительно меньше, чем обычно
3 - совсем так не считаю
7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы
0 - часто
1 - иногда
2 - редко
3 - очень редко

Количество баллов здесь _____

0-7 баллов →
8-10 баллов →
11 баллов и выше →

«норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии)
«субклинически выраженная тревога / депрессия»
«клинически выраженная тревога / депрессия»

Например: по шкале тревоги (слева) получилось 11 баллов, по шкале депрессии (справа) – 3 балла
Можно сделать вывод, что имеет место клинически выраженная тревога, а уровень депрессии находится в пределах нормы
Или: по шкале тревоги получилось 15 баллов, по шкале депрессии – 9 баллов
Можно сделать вывод о том, что имеет место клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия
Или: по шкале тревоги получилось 6 баллов, по шкале депрессии – 1 балл
Можно сделать вывод о том, что уровни и тревоги, и депрессии находятся в пределах нормы

ПЕРЕОЦЕНКА/НЕДООЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ

- ✓ **Отказ от диагностики психосоматической патологии при наличии объективных признаков соматического заболевания**

Например, исключение панического расстройства с гипервентиляцией у пациента, с диагностированной по ФВД бронхиальной астмой



- ✓ **Трактовка психосоматических симптомов как следствия неспецифических лабораторных и инструментальных изменений**

Например, объяснение длительно существующих болей в спине начальными проявлениями остеохондроза

ДИАГНОСТИКА БЕЗ ШИФРА «F»

1) Диагноз СИНДРОМАЛЬНЫЙ не требует шифра по МКБ-10

Пример: «Депрессивное состояние»
«Тревожно-депрессивный синдром»
«Астено-депрессивный синдром»
«Синдром когнитивных нарушений»

2) Краткое описание в истории болезни или карте больного

Пример: «Настроение сниженное ... суицидальные мысли отрицает»

ПАЦИЕНТ с ТРЕВОГОЙ: СЛОЖНОСТИ ТЕРАПИИ



- Немедикаментозные методы терапии
- Избыточное использование растительных препаратов
- Позднее назначение препаратов с противотревожным действием
- Неправильное назначение противотревожных препаратов (длительность, дозы, индивидуальный подбор)
- Отсутствие динамического наблюдения
- Изолированная терапия тревожных нарушений у пациента с тревожной депрессией



ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ТРЕВОГИ

Транквилизаторы

- растительные препараты (субсиндромальная тревога, расстройство адаптации)
- небензодиазепиновые (**адаптол**, аминокфенилмасляная кислота, гидроксизин)
- бензодиазепиновые
 - типичные
 - атипичные

Антидепрессанты

Малые нейролептики

*Показания к применению
бензодиазепиновых транквилизаторов:*

- стрессовая ситуационная тревога (краткосрочная терапия: 2-4 недели)
- приступообразная тревога (эпизодическое назначение)
- при сочетанной терапии сложных синдромов, включающих тревогу («бензодиазепиновый мостик»)

ОГРАНИЧЕНИЯ «КЛАССИЧЕСКИХ» БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ

Основные эффекты классических бензодиазепинов:

- Противотревожный эффект
- Антikonвульсивный эффект
- Миорелаксирующий эффект

$\omega 1$



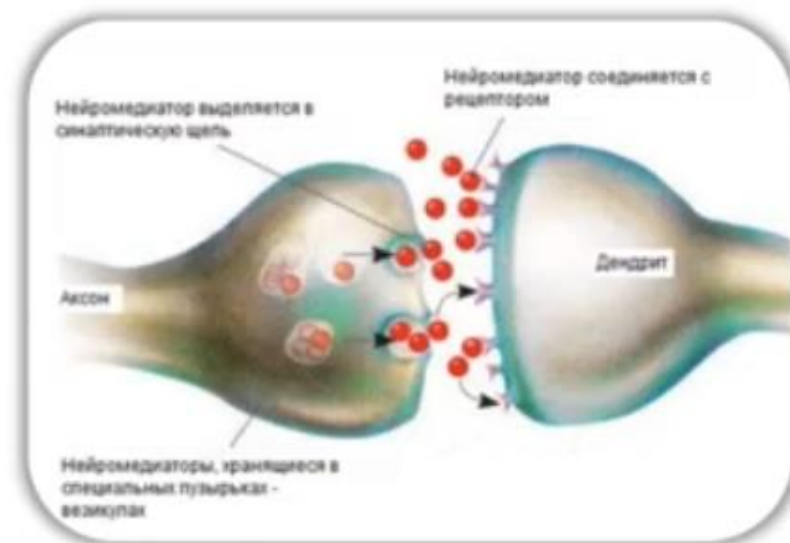
Основные нежелательные/побочные эффекты:

- Привыкание, развитие зависимости
- Пожилой возраст
- Ухудшение когнитивных функций
- Усиление астенических проявлений
- Седативный эффект

ЗНАЧЕНИЕ и РОЛЬ ГАМК В ЦНС

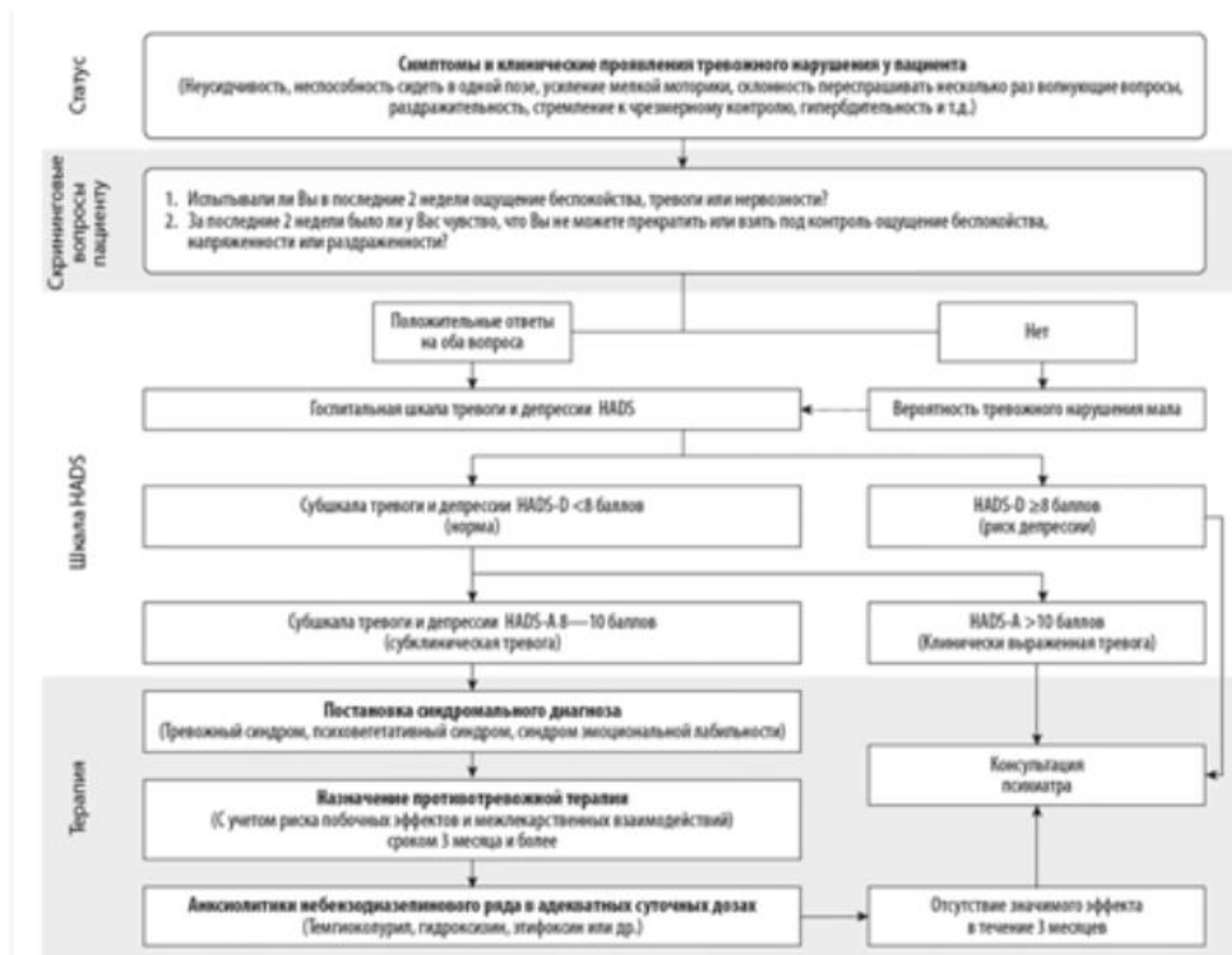
Снижение активности ГАМК-рецепторной системы является общим и первичным патогенетическим механизмом, определяющим манифестацию тревожных расстройств.

Препараты, восстанавливающие активность ГАМК-ергической системы – базовая терапия тревожных расстройств.



- 📌 ГАМК – важнейший тормозной нейромедиатор в ЦНС.
- 📌 ГАМК в ЦНС постоянно конкурирует с глутаматом – главным возбуждающим нейромедиатором: динамическое равновесие между ГАМК и глутаматом обеспечивает нормальное функционирование ЦНС.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНОГО СИНДРОМА У СОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО¹



1. Самушия М.А., Аль-Шукри А.С., Баранов И.И., Екушева Е.В., Ливзан М.А., Ненашева Н.М., Табеева Г.Р., Тамразова О.Б., Тарасов А.В., Чернова А.А. Разработка алгоритма диагностики и лечения тревоги, ассоциированной с соматической патологией, у пациентов в общеклинической практике. Резолюция совета экспертов. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2025;125(1):1–8.
<https://doi.org/10.17116/jnevro20251250111>

АДАПТОЛ®: УНИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

Равновесие основных нейромедиаторных систем^{2,3}



Вегетостабилизирующий эффект^{1,2}



Адренергической системы
(норадреналин) и глутамата



Анксиолитический эффект^{1,2*}



Серотониновой системы



Холинергической системы



ГАМК

РАВНОВЕСИЕ АКТИВНОСТИ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ СИСТЕМ ЦНС^{1,2}

АДАПТОЛ®³

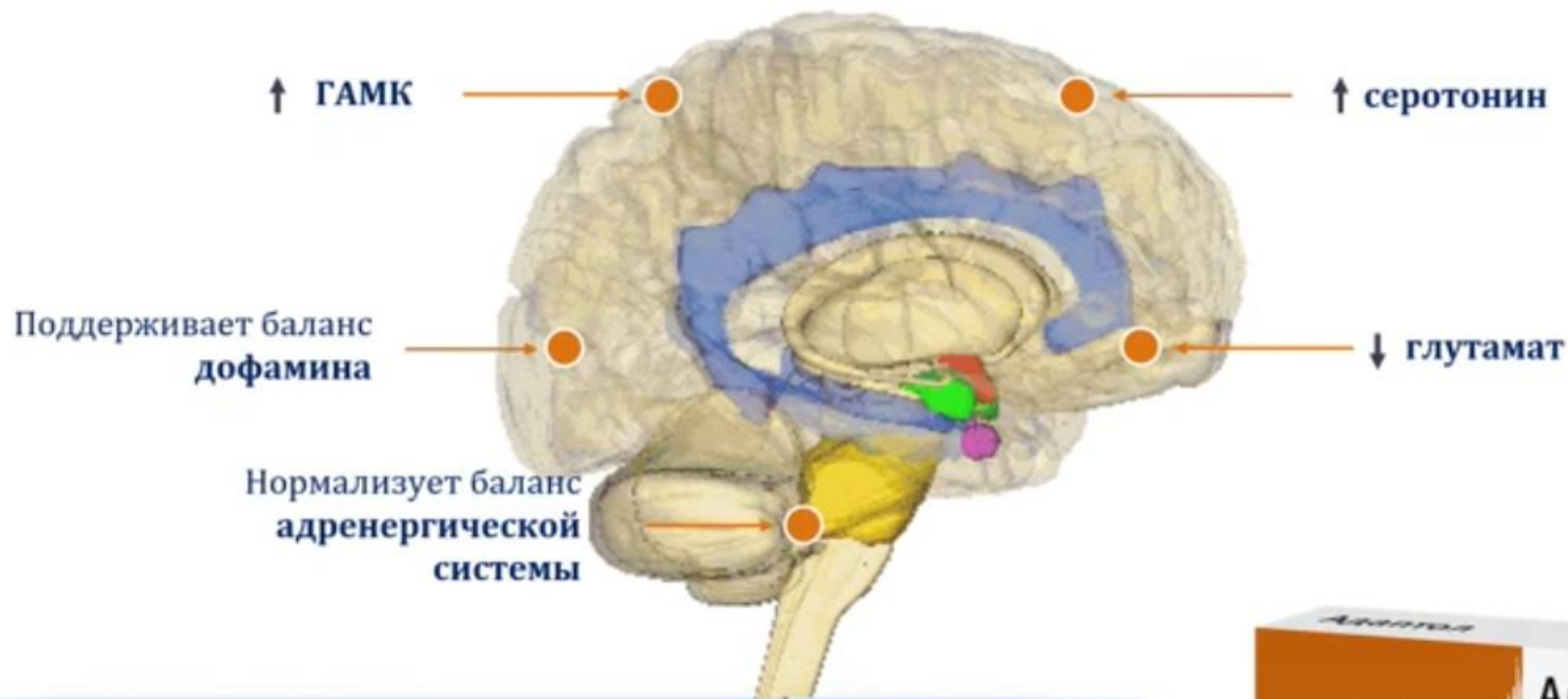
*Уменьшен в виде умеренный анксиолитический эффект лекарственного средства Адаптол®. ГАМК — гамма-аминомасляная кислота, ЦНС — центральная нервная система.

1. Адаптировано из: Бурчакский С.Г. Стратегия нейрофармакотерапии вегетативной дисфункции. Лекарства Украины. 2017; 3(208):25-29. УДК 616.2.

2. Адаптировано из: Бурчакский С.Г. Возможности комплексной коррекции регуляторных функций центральной нервной системы при соматосоматической патологии. Семейная медицина. 2015; 2(58): 100-105. УДК 616.891-08.615.275.

3. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Адаптол® (дата обращения: 25.10.2023).

АДАПТОЛ: РЕГУЛЯЦИЯ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ СИСТЕМ



**Нормализует баланс ключевых
нейромедиаторных систем**



АДАПТОЛ: РЕГУЛЯЦИЯ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ СИСТЕМ



ДЕЙСТВИЕ

Центральное ГАМК-позитивное

Центральное серотонинпозитивное

Центральный агонист-антагонист
адренергической системы
(нормализатор)

Центральное дофаминпозитивное

Антиглутаматное

ЭФФЕКТ

Антитревожное, антистрессовое

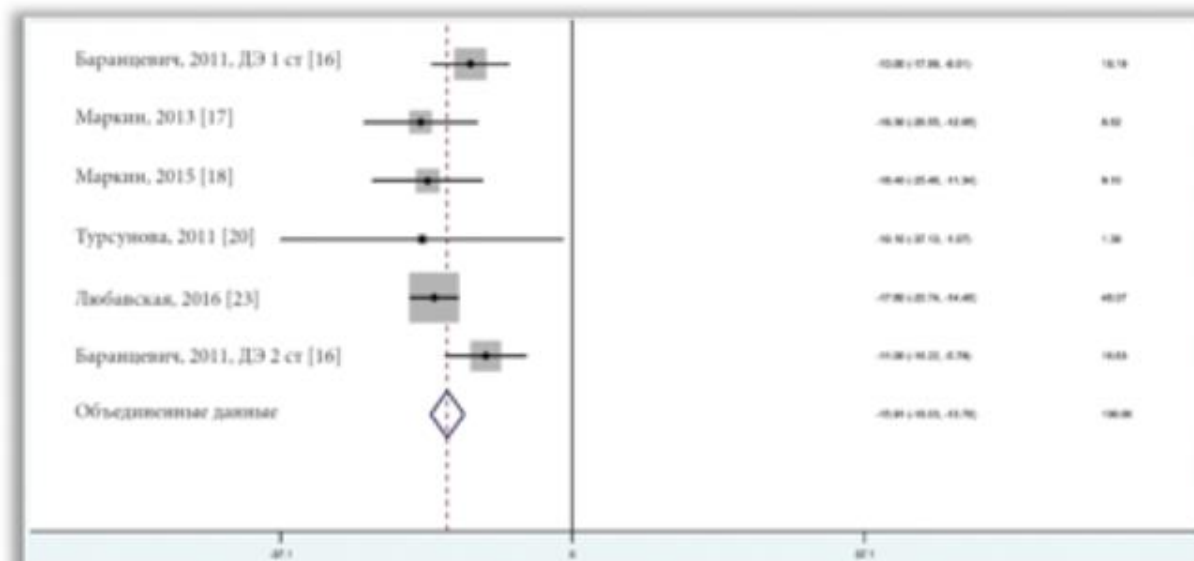
Адаптивный и стресспротективный

Регуляция нейротрансмиссии

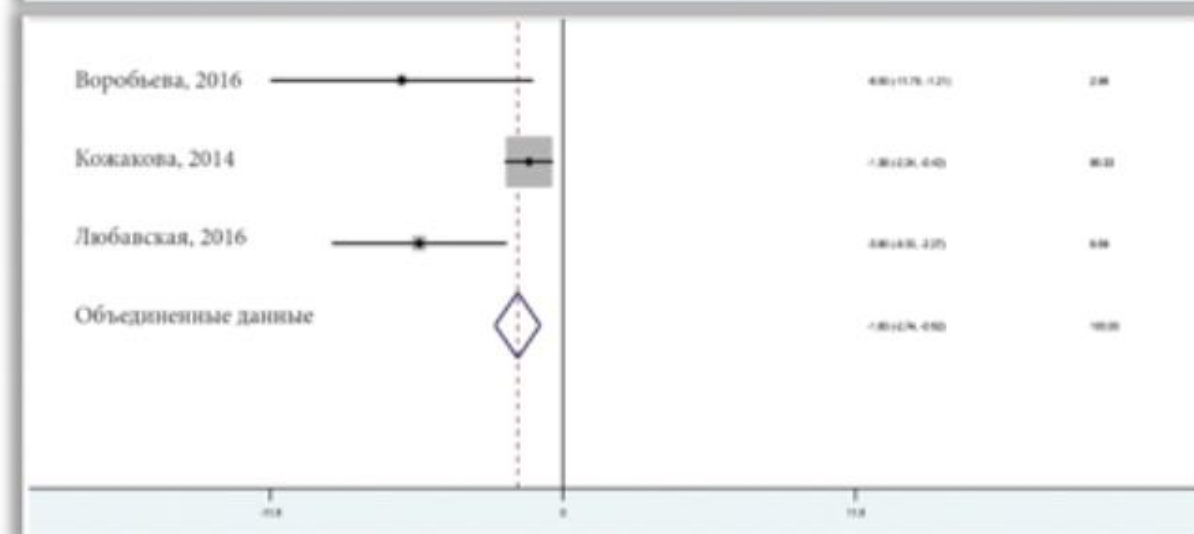
Активирующий и антиастенический

Регулирующее, антиэксайтотоксическое

ДИНАМИКА ТРЕВОГИ на ФОНЕ ТЕРАПИИ АДАПТОЛОМ



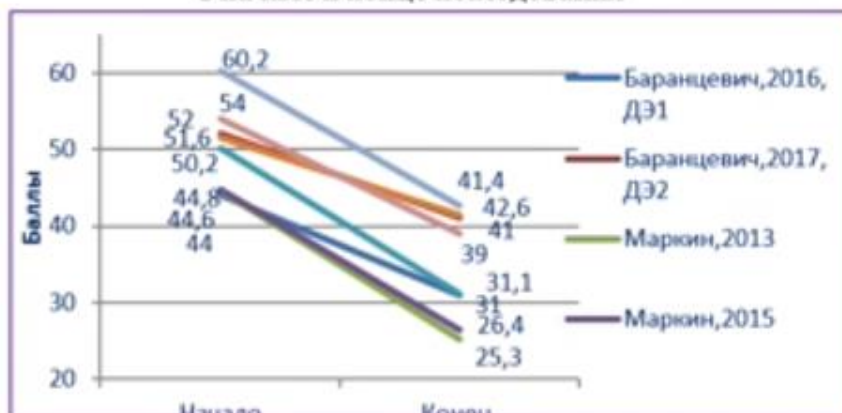
Динамика реактивной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина.



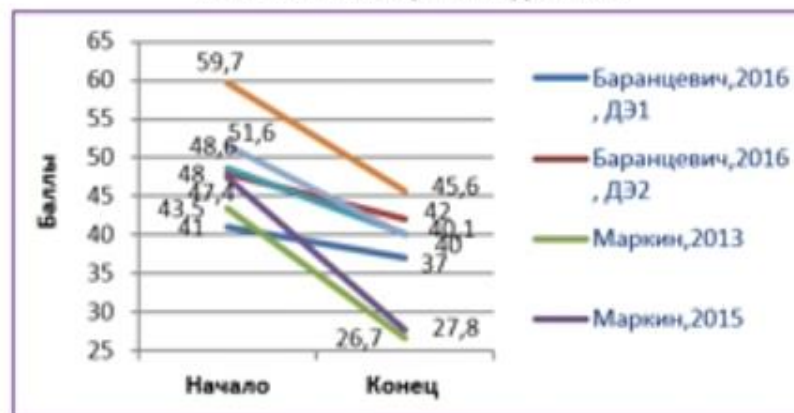
Динамика тревожности по шкале HADS-A.

ДИНАМИКА ТРЕВОГИ на ФОНЕ ТЕРАПИИ АДАПТОЛОМ

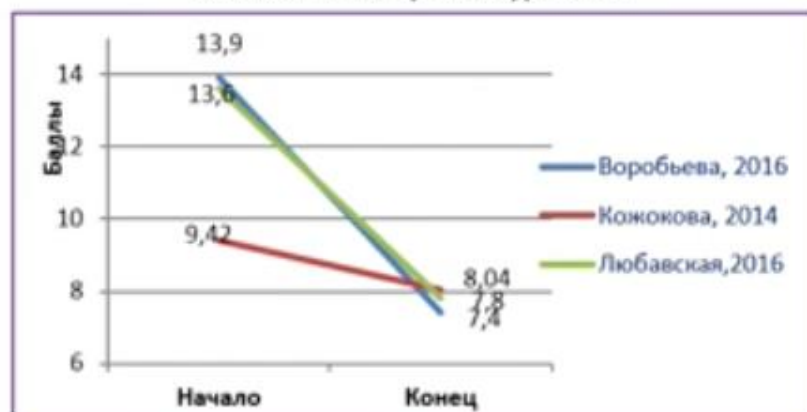
Уровень реактивной тревожности
в начале и конце исследования



Уровень личностной тревожности
в начале и конце исследования

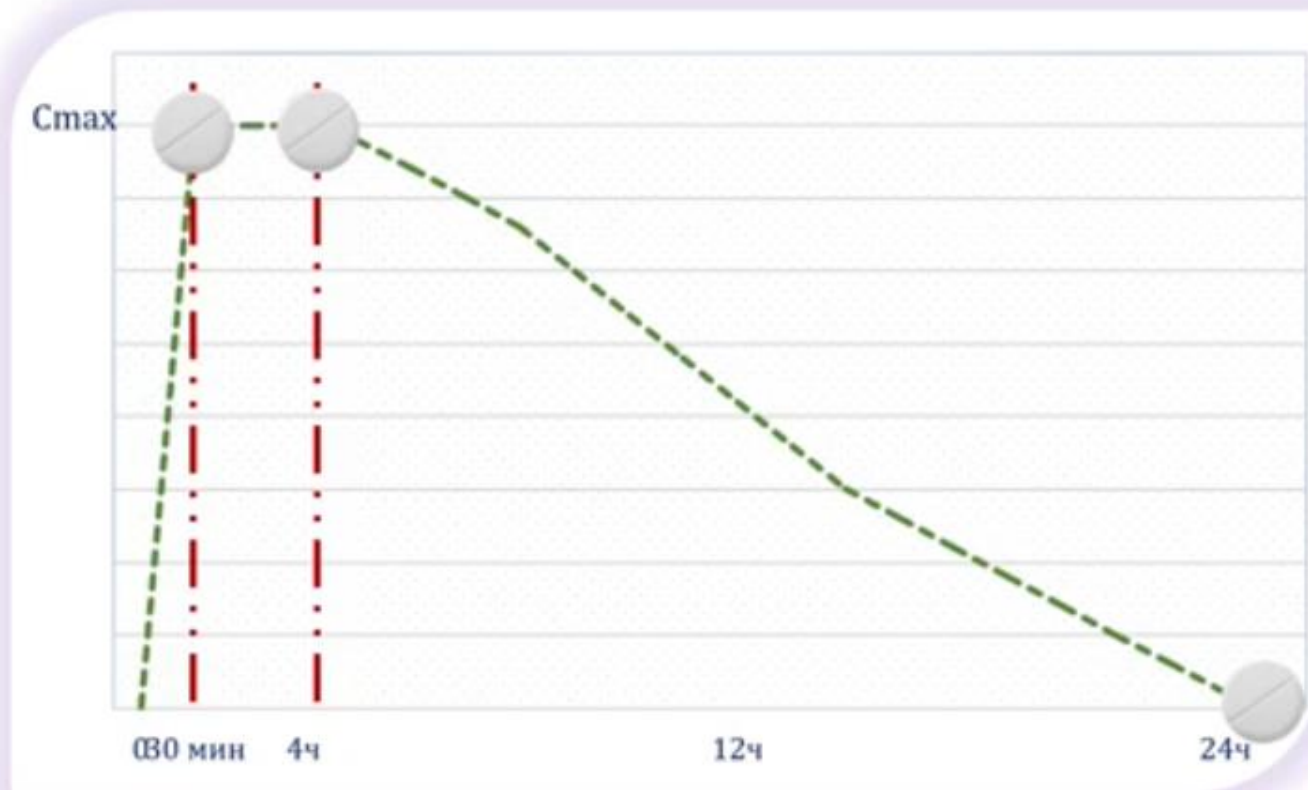


Выраженность тревоги по шкале HADS-A
в начале и конце исследования



**Значимое снижение уровня тревоги у
пациентов с соматической патологией**

АДАПТОЛ: НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ В ТЕЧЕНИЕ 30 МИНУТ



✓ C_{max} достигается через **30 мин** после приема и сохраняется **3-4 часа**

Препарат **хорошо**
✓ **всасывается** (77-80%)

Не метаболизируется
✓ **и не накапливается**
в организме

АДАПТОЛ В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ АНКСИОЛИТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

БОЛЕЕ ШИРОКИЙ СПЕКТР ДЕЙСТВИЯ



Балансировка основных
нейромедиаторных систем
Стабилизация эмоциональных зон мозга

Анксиолитическое

Вегетостабилизирующее

Антиастеническое

Ноотропное

Антиоксидантное

Осторожность при лечении пациентов
с компенсированной дыхательной
недостаточностью

Тофизопам



Механизм действия не
известен

Анксиолитическое

Вегетостабилизирующее

Начало действия до 1,5 часов

Противопоказан при работе с
повышенной концентрацией
внимания

Гидроксизин



Антигистаминное действие
Подавление активности
субкортикальных зон ГМ

Анксиолитическое

Седативное

Противозудное

Спазмолитическое и
симпатолитическое

Одновременное применение с ЛС, влияющими
на ЦНС, H₁-гистаминоблокаторами, индукторами
ферментов печени (алкоголь, никотин,
барбитураты), БКК, анальгином, КОК,
дигоксином, варфарином и другими **может
повысить риск возникновения побочных
действий** или изменить метаболизм ЛС

АДАПТОЛ В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ АНКСИОЛИТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

БОЛЕЕ ШИРОКИЙ СПЕКТР ДЕЙСТВИЯ



Воздействует на все нейромедиаторные системы эмоциогенного мозга

Анксиолитическое

Вегетостабилизирующее

Антиастеническое

Ноотропное

Антиоксидантное

Осторожность при лечении пациентов с компенсированной дыхательной недостаточностью

Тофизопам



Предположительно действует только на ГАМК-эргическую систему

Анксиолитическое

Вегетостабилизирующее

Начало действия до 1,5 часов

Противопоказан при работе с повышенной концентрацией внимания

Гидроксизин



Эффект сходен с антигистаминными препаратами первого поколения

Анксиолитическое

Седативное

Противозудное

Спазмолитическое и симпатолитическое

Одновременное применение с ЛС, влияющими на ЦНС, H₁-гистаминоблокаторами, индукторами ферментов печени (алкоголь, никотин, барбитураты), БКК, анальгином, КОК, дигоксином, варфарином и другими **может повысить риск возникновения побочных действий** или изменить метаболизм ЛС

АДАПТОЛ В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ АНКСИОЛИТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

БОЛЕЕ ШИРОКИЙ СПЕКТР ДЕЙСТВИЯ



Воздействует на все нейромедиаторные системы эмоциогенного мозга

Анксиолитическое

Вегетостабилизирующее

Антиастеническое

Ноотропное

Антиоксидантное

Тофизопам



Предположительно действует только на ГАМК-эргическую систему

Анксиолитическое

Вегетостабилизирующее

Начало действия до 1,5 часов

Противопоказан при работе с повышенной концентрацией внимания

Гидроксизин



Эффект сходен с антигистаминными препаратами первого поколения

Анксиолитическое

Седативное, противозудное

Начало действия через 2 и более часа (в зависимости от возраста)

Спазмолитическое и симпатолитическое

Избегать сочетания в терапии с антиаритмиками 1А и 3 класса, антигистаминными, антибиотиками, антидепрессантами, антигрибковыми ингибиторами MAO

Может ухудшать способность к концентрации внимания и скорость психомоторных реакций

Блокирует H_1 -гистаминовые рецепторы,

Может приводить к удлинению интервала QT; у пациентов с нарушением функции печени и/или почек требуется коррекция дозы

Адаптол® — курс терапии до 3 месяцев

300-500 мг 2-3 раза в день



1-й месяц



Восстановление баланса нервной системы²

Нормализация настроения, возвращение интереса к жизни, восстановление трудоспособности

2-й месяц



Стабилизация эффекта — более стойкая ремиссия²

3-й месяц



Усиление положительных эффектов:

Физическая и психологическая устойчивость к стрессовым ситуациям²

1. Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Адаптол® (дата обращения: 25.10.2023).

2. Жексембина А.Е. Применение препаратов «Адаптол» и «Ноофен» в психиатрической и наркологической практике. Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2013; 3(2):193-194.

АДАПТОЛ: ВЫСОКИЙ ПРОФИЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ



Подавленности, вялости, сонливости,
эмоционального безразличия ИЛИ
психозэмоционального возбуждения



Ограничения вождения
транспортных средств



Привыкания и синдрома
отмены и межлекарственного
взаимодействия



Миорелаксирующего эффекта
Угнетения сократительной функции
миокарда



АДАПТОЛ: КОГДА МЫ ВИДИМ НАИБОЛЬШИЙ ЭФФЕКТ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ?



Эффективен при широком спектре тревожных нарушений, сопровождающих соматические заболевания (эмоциональная лабильность, беспокойство, волнение, страх)



При возникновении тревоги – наиболее быстрый прием (начало действия через 30 минут)



Без привыкания, зависимости, синдрома отмены (биотик – химическая структура близка к естественным метаболитам)



При необходимости сосредоточиться в стрессорной ситуации (повышает уровень внимания и работоспособности)



В составе сопутствующей терапии антидепрессантами, антиконвульсантами и др. (в начале, при обострении в процессе терапии и при отмене терапии)



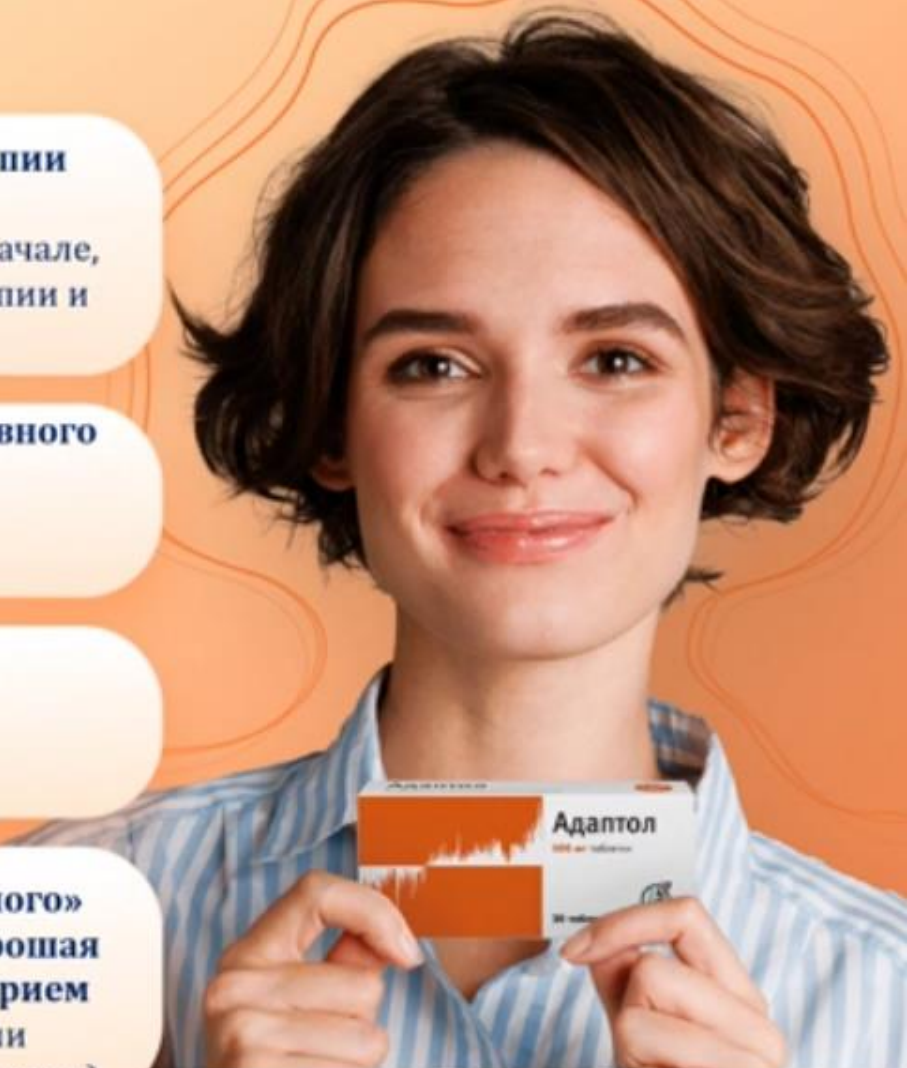
При необходимости ежедневного управления машиной (нет ограничения вождения транспортных средств)



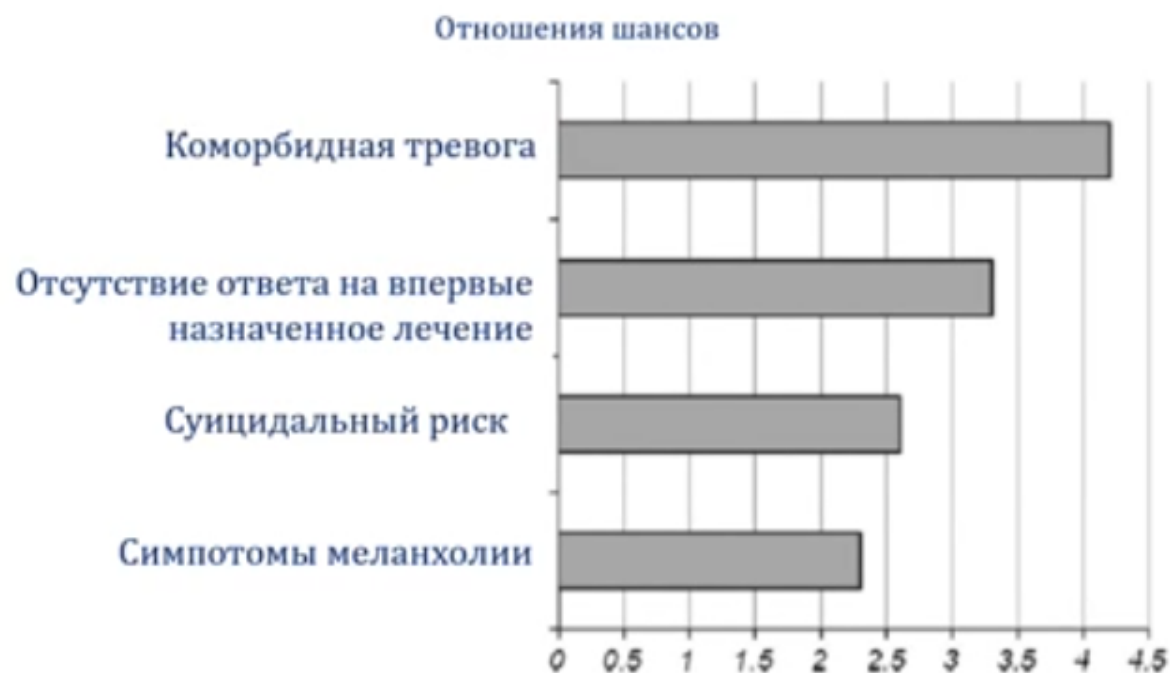
В комплексной терапии соматических заболеваний (нет межлекарственного взаимодействия)



При ведении «требовательного» пациента: безопасность, хорошая переносимость и удобный прием (формы выпуска: таблетки или капсулы, нет риска передозировки)



ТРЕВОГА – ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИИ, УСТОЙЧИВОЙ К ТЕРАПИИ



БЛАГОДАРЮ за ВНИМАНИЕ!