

ПАЦИЕНТ со СПИСКОМ на ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

д.м.н., профессор Екушева Е.В.

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

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ – ЭТО ЧАСТЫЕ ПРОБЛЕМЫ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

- 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

«ПЛОХО ПОМНЮ» у СОМАТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Пациент 32 лет, ведущий менеджер

АКТИВНО ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ ЖАЛОБЫ:

снижение памяти («все записываю»), работоспособности («стал тормозить на работе», «быстро устаю»), периодические «перебои в области сердца» и сильное сердцебиение и диффузные малоинтенсивные боли (до 3 баллов по ВАШ) с покалываем в области темени,

ПРИ РАССПРОСЕ:

все чаще стал долго засыпать, беспокоится по мелочам, перед выходом из дома стал проверять, все ли выключено, нередко может «вспыхнуть» на ровном месте («часто бесят сослуживцы»)

ИЗ АНАМНЕЗА:

Все это беспокоит последние 1-1,5года, особенно последние 2 месяца.

Связывает со стрессом на работе и дома (рождение 2го ребенка 5 месяцев назад, частые конфликты с женой). Со слов жены, стал «очень раздражительным», «критику перестал воспринимать совсем», «отдалился».

По совету друга принимал ноотропные препараты и витамины с минимальным эффектом, считает, что гораздо лучше помогает алкоголь.

«ПЛОХО ПОМНЮ» у СОМАТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

Пациент 32 лет, ведущий менеджер

ОБЪЕКТИВНО:

АД 135/80, ЧСС до 100 (в середине приема) и 130/75 и 80 (в конце приема), адекватен, эмоционально лабилен, 2х стороннее оживление сухожильных рефлексов, легкий тремор пальцев рук в покое, акрогипергидроз. Маса-тест – 28 баллов.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ:

Анализы крови, дуплексное обследование БЦА, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭХО-КГ – патологии нет.

Консультирован кардиологом –кардиологической патологии не выявлено, рекомендована консультация невролога.

«ГОЛОВА КРУЖИТСЯ» у СОМАТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

(возникает в положении стоя и во время ходьбы (как и нарушение равновесия); описывается как флюктуирующая неустойчивость или ощущение иллюзорной неустойчивости тела, чаще в форме секундных или минутных приступов; чаще с тревогой и вегетативными проявлениями; как фон - длительное время; уменьшается/проходит при отвлечении или при приеме алкоголя)

- **провоцирующие факторы** (определённые ситуации или перцептивные стимулы (мост, лестница, движущийся поезд, в машине, открытые пространства); социальные ситуации (лифт, самолет, торговый центр, толпа), но может возникать и спонтанно)
- **анамнез пациента** (вестибулопатия, перенесенные вегетативные нарушения, значимый стресс, длительный период эмоционального перенапряжения)
- **предъявление пациентом симптомов** (фиксация на своих ощущениях; стремление постоянно все контролировать, многочисленные вопросы, чтобы «не пропустить важное»)
- **синдромальное окружение** (при активном расспросе: нарушение сна, полисистемные вегетативные реакции; разнообразные тревожные проявления; навязчивые состояния и проч.)
- **неврологический статус и данные обследований** (нет органического заболевания, нет объективных признаков мозжечковых нарушений или нарушения равновесия: нормальное выполнение усложненной пробы Ромберга, тандемной ходьбы, стояния на одной ноге)

«НЕТ СИЛ» у СОМАТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА



- Несоответствие выраженности и длительности астении
- Преобладание психической астении над физической:
«нервно-психическая слабость», быстрая утомляемость от любой деятельности, неспособность к длительному напряжению, повышенная чувствительность к внешним раздражителям (громкий звук, яркий свет)

Ухудшение внимания и памяти, снижение эмоциональной реактивности

Возникновение без внешней причины и длительное течение (месяцы, годы)

Отсутствие улучшения после полноценного отдыха и общеукрепляющего лечения

Нарушение сна (поверхностный, тревожный сон и отсутствие чувства «отдыха» после сна)

Сужение круга занятий, домашней и бытовой занятости, нарастание замкнутости, безучастности

ТРЕВОГА & АСТЕНИЯ: СХОДСТВО КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ



«НЕ СПЛЮ» у СОМАТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА

ОСОБЕННОСТИ НОЧНОГО СНА и СОСТОЯНИЯ в ТЕЧЕНИЕ ДНЯ

(часто наблюдаются двигательные сенсорные и висцеральные проявления (сердцебиение и др), резкие вздрагивания, мышечные спазмы; избыточное восприятие звуков; удлинен дремотный период; частые пробуждения, поверхностный сон - «почти и не спал»; пробуждение рано утром - **встал «не отдохнувший»**, «не восстановил силы», «**невозможно заснуть и спать в течение ночи**»)

- **провоцирующие факторы** (любые эмоционально значимые или негативные факторы)
- **анамнез пациента** (значимый стресс, ранее отмечаемое нарушение сна в эмоционально значимых или стрессорных ситуациях)
- **предъявление пациентом симптомов** (стремление постоянно всё контролировать, просьба выписать лекарство «на крайний случай», если не может заснуть)
- **синдромальное окружение** (при активном расспросе: тревожные и депрессивные нарушения; возможны разнообразные болевые проявления и вегетативные реакции)
- **неврологический статус и данные обследований** (изменение полисомнографических характеристик сна, многочисленные исследования не выявляют отклонений)

ТРЕВОГА и НАРУШЕНИЕ СНА



20% у пациентов с инсомнией
симптомы тревожного или депрессивного расстройства

до **70%** у пациентов с ГТР нарушение сна

ПОРТРЕТ ТРЕВОГИ в СОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гипертоническая болезнь
Инфаркт миокарда
Фибрилляция предсердий
Ишемическая болезнь сердца
Хроническая сердечная недостаточность

ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сахарный диабет
Гипертиреоз
Болезнь Аддисона
Болезнь Кушинга
Гиперпаратиреозидизм

АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Системная красная волчанка
Ревматоидный артрит
Болезнь Шегрена

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Атопический дерматит
Псориаз
Экзема
Гнойный гидроденит

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Синдром раздраженного кишечника
Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь
Язвенная болезнь 12перстной кишки

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Эндометриоз
Синдром поликистозных яичников
Предменструальный синдром
Синдром хронической тазовой боли

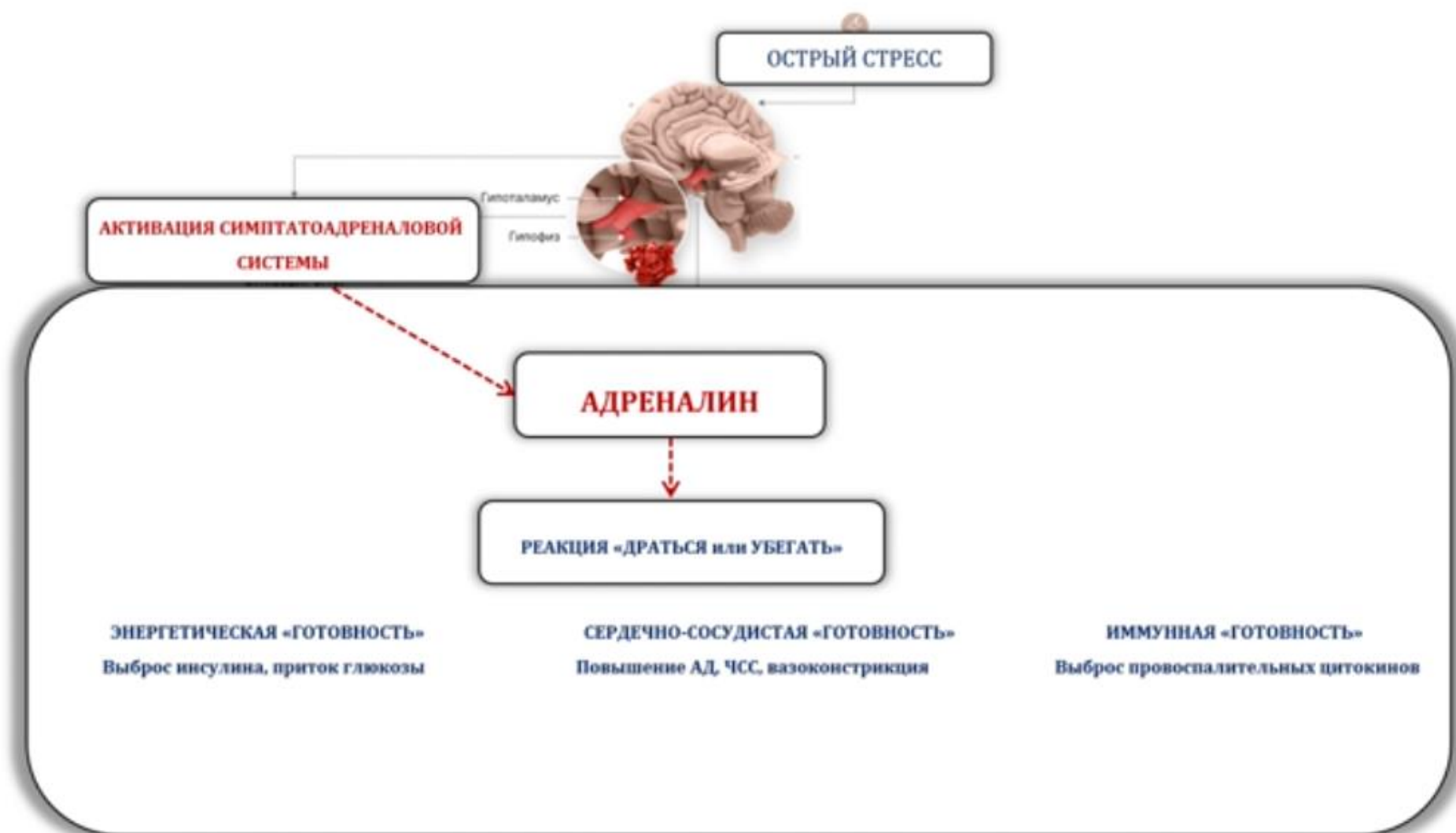
УРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Интерстициальный цистит
Гиперактивный мочевой пузырь
Сексуальная дисфункция

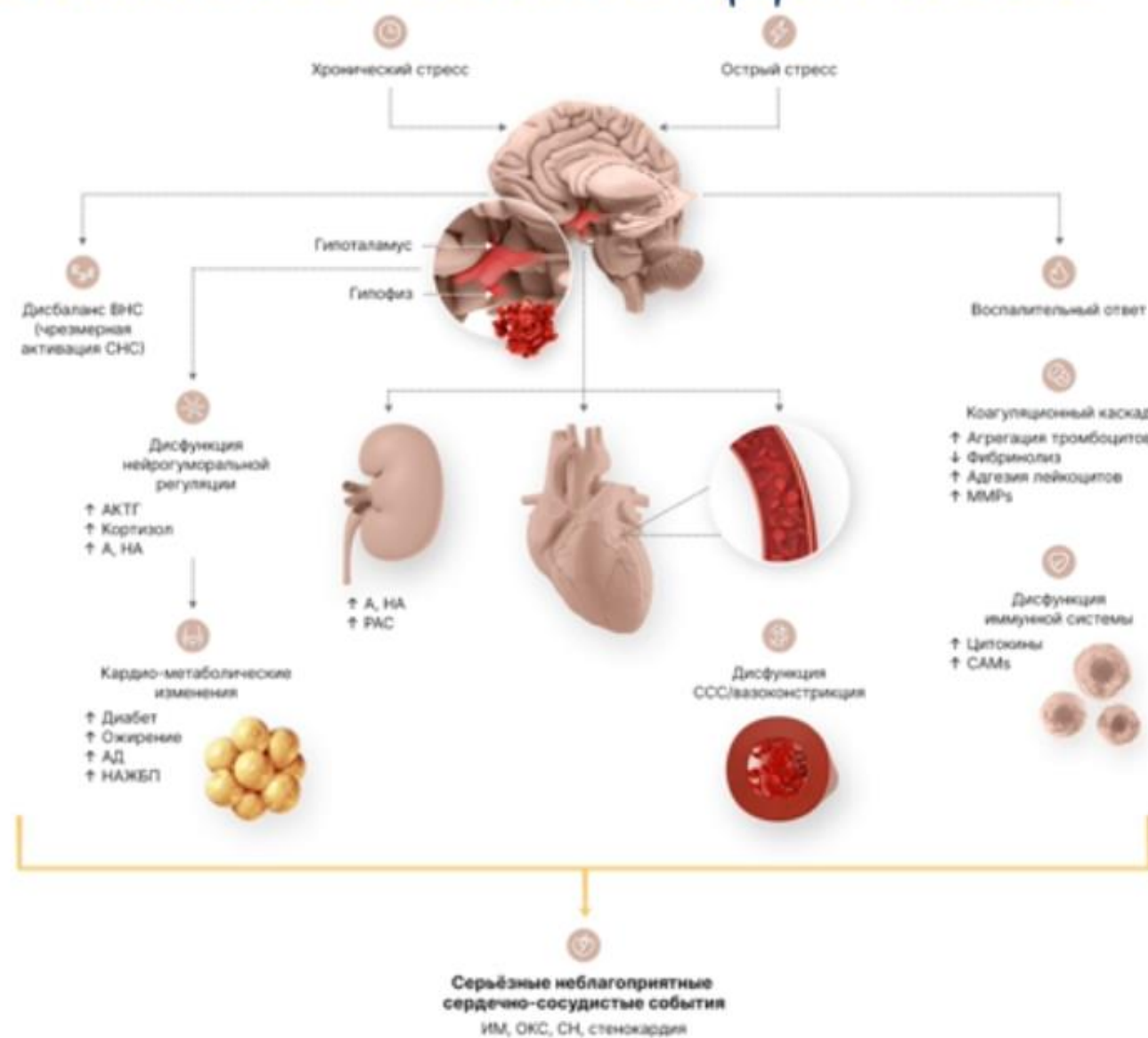
ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Рак поджелудочной железы
Рак яичников
Рак печени
Нейроэндокринные опухоли

ТРЕВОГА и СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ



ТРЕВОГА и СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ



ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ к «СОМАТИЗАЦИИ»

Детский опыт, особенности реагирования
близких людей, особенности реакций и
формирования контроля



Боль и болезнь возникают с раннего детства, изначально запуская реакции «мобилизации» всего организма

Человек «учится» на них реагировать: как воспринимать сигналы неблагополучия, какая на них бывает реакция

Формируется потребность заботы о своем здоровье

При неадекватном формировании связей м/у болью, болезнью, реакцией на неё и поведением человека формируется предрасположенность

ПОРОЧНЫЙ КРУГ «СОМАТИЧЕСКОГО» ПАЦИЕНТА

СТРЕСС



Избыточное восприятие соматических проявлений стрессовой реакции (активация СНС и выброс адреналина, запускающего целый каскад реакций организма)

При хронических проявлениях восприятие симптомов стресса, тревоги как болезни

Поиск причины своего «плохого» состояния, многократных обращений (консультаций, обследований) на этапе функциональных нарушений

Отсутствие диагноза, катастрофизация, усиление тревожных расстройств и соматических проявлений, нарушение сна, развитие депрессии

Обращение к специалистам различного профиля в связи с широким спектром полиморфных симптомов

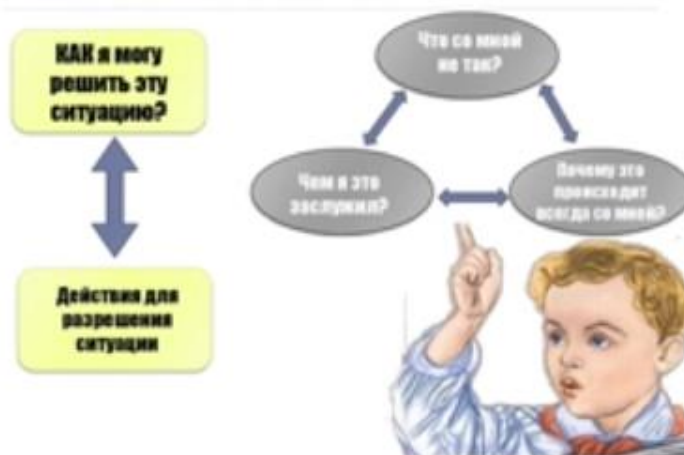


Могут вовлекаться все системы организма

КОГНИТИВНЫЕ УСТАНОВКИ при ТРЕВОГЕ

РУМИНАТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ

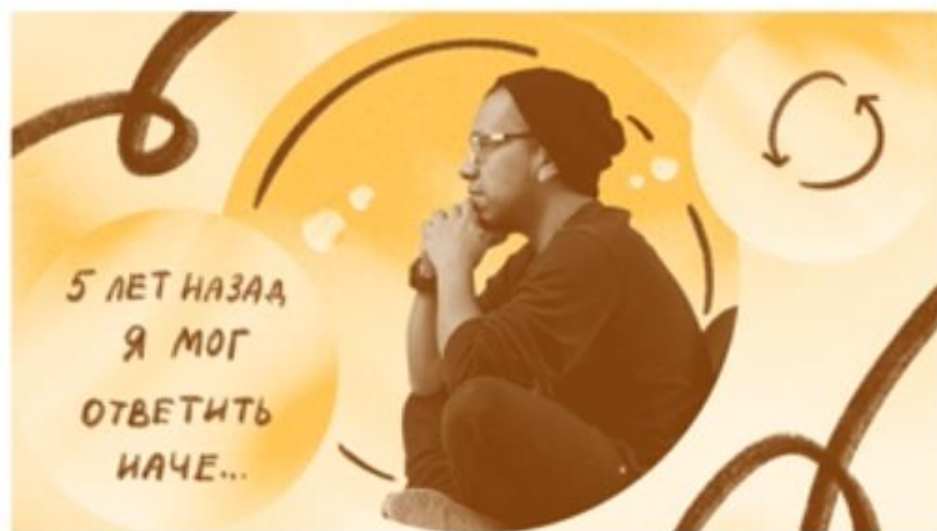
неспособность переключить внимание и
отвлечься от той или иной мысли или
переживания



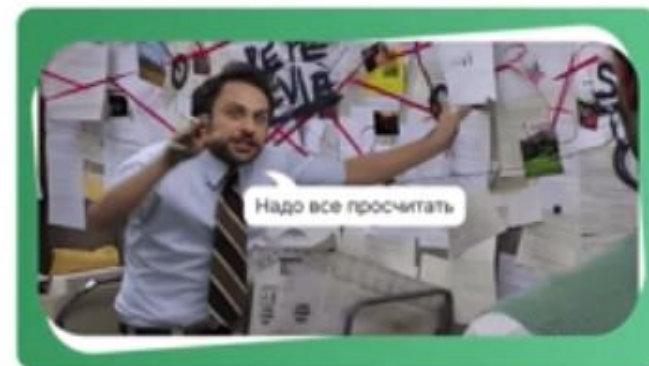
КОГНИТИВНЫЕ УСТАНОВКИ при ТРЕВОГЕ

РУМИНАТИВНОЕ МЫШЛЕНИЕ

неспособность переключить внимание и
отвлечься от той или иной мысли или
переживания



КОГНИТИВНЫЕ УСТАНОВКИ при ТРЕВОГЕ



НЕТЕРПИМОСТЬ к НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

стремление получить максимально точную и полную информацию в любой ситуации, уточнить и дообследоваться в любой ситуации

КОГНИТИВНЫЕ УСТАНОВКИ при ТРЕВОГЕ



КАТАСТРОФИЗАЦИЯ

постоянное смещение фокуса внимания на наихудшем возможном развитии событий, формированием вывода о безусловно негативном развитии событий на основе отдельных косвенных выводов



«МНЕ ОТКАЗАЛИ В ПРИЕМЕ НА РАБОТУ ПОСЛЕ СОБЕСЕДОВАНИЯ — Я НИКОГДА НЕ СМОГУ УСТРОИТЬСЯ НА ТАКУЮ ДОЛЖНОСТЬ»;

«МНЕ НЕ ОТВЕТИЛИ ВЗАИМНОСТЬЮ НА ЧУВСТВА, ЗНАЧИТ, Я ВСЕГДА БУДУ ОДНА»;

«Я НЕ СМОГУ СДАТЬ ЭКЗАМЕН, ДАЖЕ ЕСЛИ ХОРОШО ПОДГОТОВЛЮСЬ»; «Я НИКОГДА НЕ ПОХУДЕЮ»;

«ОН/ОНА НЕ БЕРЕТ ТРУБКУ, НЕ ОТВЕЧАЕТ НА СООБЩЕНИЯ, ЗНАЧИТ, ЧТО-ТО ТОЧНО СЛУЧИЛОСЬ» — ЕСЛИ У ВАС РЕГУЛЯРНО ПОЯВЛЯЮТСЯ ПОДОБНЫЕ МЫСЛИ, ВЫ, ВЕРОЯТНО, СТРАДАЕТЕ ОТ КОГНИТИВНОГО ИСКАЖЕНИЯ, КОТОРОЕ НАЗЫВАЕТСЯ КАТАСТРОФИЧЕСКИМ МЫШЛЕНИЕМ.

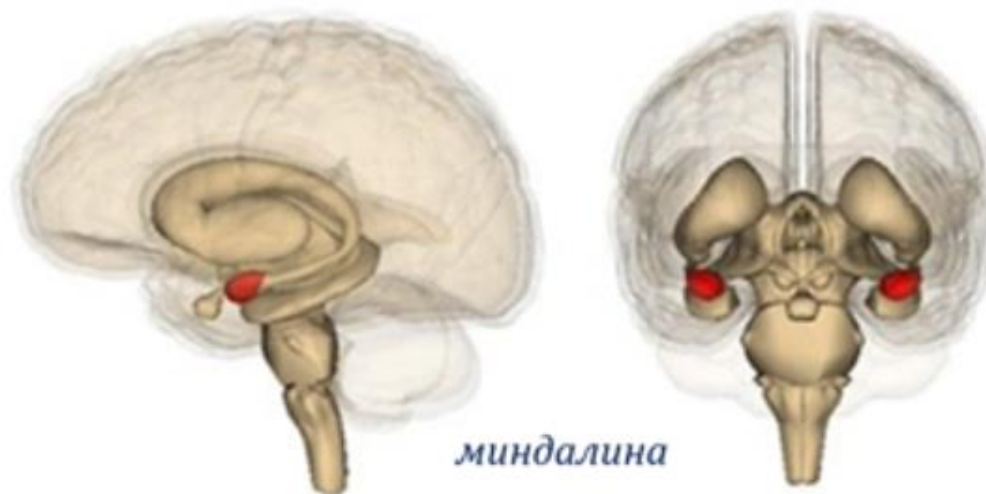
ЭТО — СВОЕГО РОДА ОШИБКИ В МЫШЛЕНИИ, И ИМЕННО ОНИ НЕ ПОЗВОЛЯЮТ НАМ ВОСПРИНИМАТЬ РЕАЛЬНОСТЬ ТАКОЙ, КАКОЙ ОНА ЯВЛЯЕТСЯ НА САМОМ ДЕЛЕ.

КОГНИТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СТРЕССА и ТРЕВОГИ

Миндалина имеет большое количество связей:

входящие сигналы и связи от всех ассоциированных зон коры головного мозга
(центры восприятия информации)

исходящие «пути» в ствол, подкорковые структуры и вегетативные центры (для выработки ответа)



При восприятии опасности миндалина
«активирует» вегетативные центры и
базальные ганглии



Рефлекторные, быстрые реакции:
«убегать или драться»

КОГНИТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СТРЕССА и ТРЕВОГИ

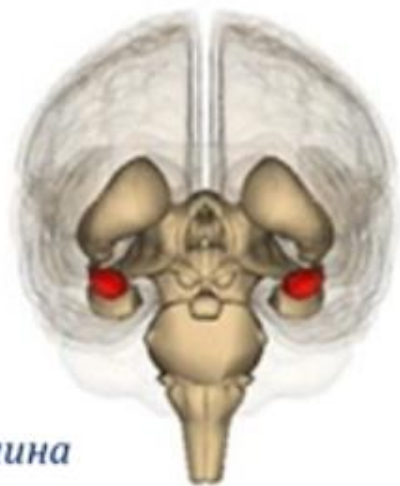


Префронтальная кора:

- оценка выраженности стресса, анализ, определение «опасности»
- возможность контроля и подавления
- выработка адаптивного поведения и реагирования



миндалина



Первый стрессовый ответ – **миндалина – ПФК**
– обработка эпизода стресса – выработка и
регулирование ответа на стресс – **миндалина**

ОБРАБОТКА ПОСТУПАЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИИ

ПРИ УГРОЗЕ - быстрая обработка информации через вторую структуру лимбической системы – **миндалину** – систему «быстрого» реагирования (запоминание «угрожающей» информации)



В **гиппокампе** (системе медленной обработки) - длительное, до 1-2 суток – хранение, обработка и дальнейшая «сортировка» новой информации – встраивание в автобиографическую память или удаление.

Эволюционно гиппокамп отвечал за целеполагание (добыча крова, пищи) и освоение нейтральной или положительной информации.

ОБРАБОТКА ПОСТУПАЮЩЕЙ ИНФОРМАЦИИ

ПРИ ПОСТОЯННОМ СТРЕССЕ - ГИПЕРАКТИВНОСТЬ миндалины – системы «быстрого» реагирования (запоминание «угрожающей» информации)



ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДЕЗАКТИВАЦИЯ гиппокампа

– **невозможно запомнить** никакую новую информацию, помимо «угрожающей» (для эволюционного выживания) – сложность/невозможность обучения, в профессиональной и повседневной деятельности



Истощаемость, трудность переключения внимания, астенические, тревожные и другие расстройства

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



НЕВЕРБАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОГИ

- Разнообразные телесные ощущения (жар, холод, температурный дискомфорт)
- Суебливость, 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)
- Настойчивое желание обследоваться и непоследовательное следование рекомендованной терапии или её игнорирование

ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ТРЕВОГИ

Транквилизаторы

- растительные препараты (субсиндромальная тревога, расстройство адаптации)
- небензодиазепиновые (темгиколурил, аминоксипр, гидрохлорид, гидрохлорид)
- бензодиазепиновые
 - типичные
 - атипичные

Показания к применению

бензодиазепиновых транквилизаторов:

Антидепрессанты

Малые нейролептики

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

ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ТРЕВОГИ

Транквилизаторы

- растительные препараты (субсиндромальная тревога, расстройство адаптации)
- небензодиазепиновые (темгиколурил, аминофенилмасляная кислота, гидроксизин)
- бензодиазепиновые
 - типичные
 - атипичные

*Показания к применению
бензодиазепиновых транквилизаторов:*

Антидепрессанты

Малые нейролептики

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

***НО - основные
нежелательные/
побочные эффекты:***

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

ТРЕВОЖНЫЕ и АСТЕНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ: НЕЙРОМЕДИАТОРНЫЙ ДИСБАЛАНС в ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА

Медиаторный дисбаланс	Проявления
ГАМК ↓	Беспокойство, неусидчивость (ажитация), чувство «оцепенелости», тревога , озабоченность
ГАМК ↓, ГЛУ ↑, НА ↑	Повышение тонуса мышц, внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться, головные боли
СЕ ↓, НА ↓	Раздражение, тревога , усиление отрицательных эмоций, недовольство, страх
НА ↓, ДА, СЕ	Повышенная утомляемость после умственной работы, снижение продуктивности, истощаемость после минимальной нагрузки

ГАМК – гамма-аминомасляная кислота, ГЛУ – глутамат, СЕ – серотонин, НА – норадреналин, ДА – дофамин

АДАПТОЛ: РЕГУЛЯЦИЯ НЕЙРОМЕДИАТОРНЫХ СИСТЕМ



ДЕЙСТВИЕ

Центральное ГАМК-позитивное

Центральное серотонинпозитивное

Центральный агонист-антагонист
адренергической системы
(нормализатор)

Центральное дофаминпозитивное

Антиглутаматное

ЭФФЕКТ

Антитревожное, антистрессовое

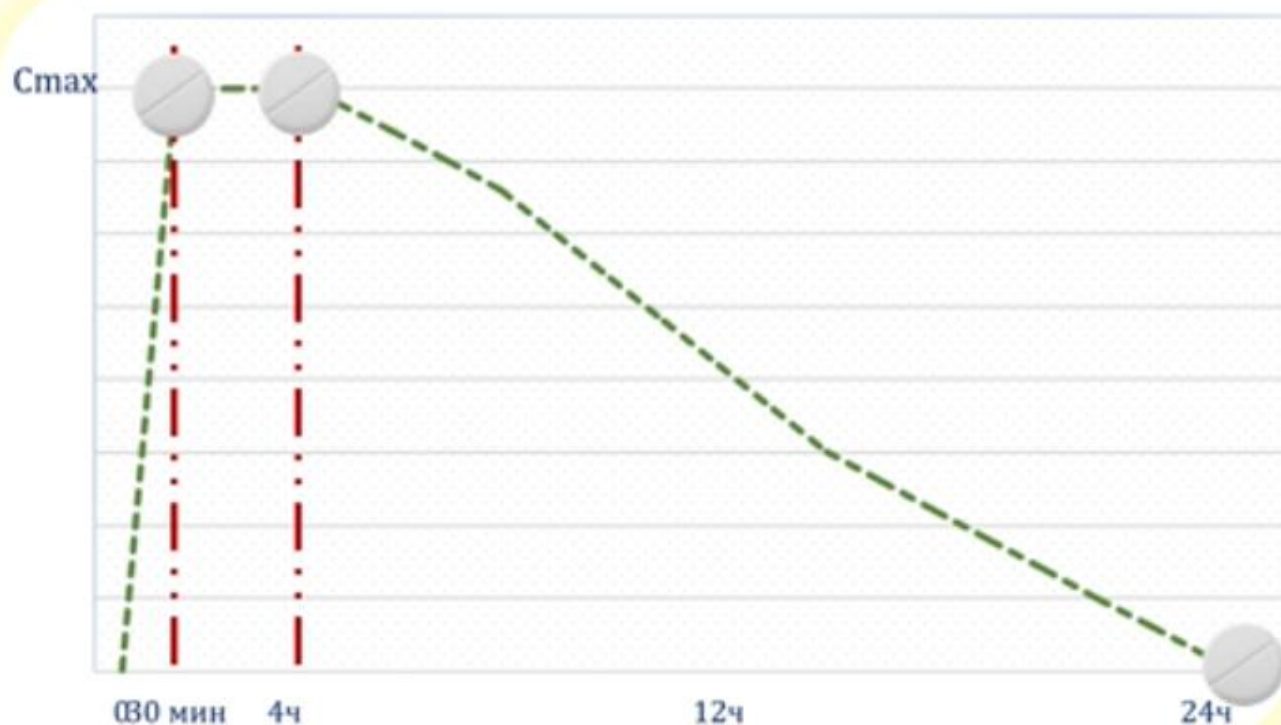
Адаптивный и стресспротективный

Регуляция нейротрансмиссии

Активирующий и антиастенический

Регулирующее, антиэксайтотоксическое

АДАПТОЛ: НАЧАЛО ДЕЙСТВИЯ В ТЕЧЕНИЕ 30 МИНУТ

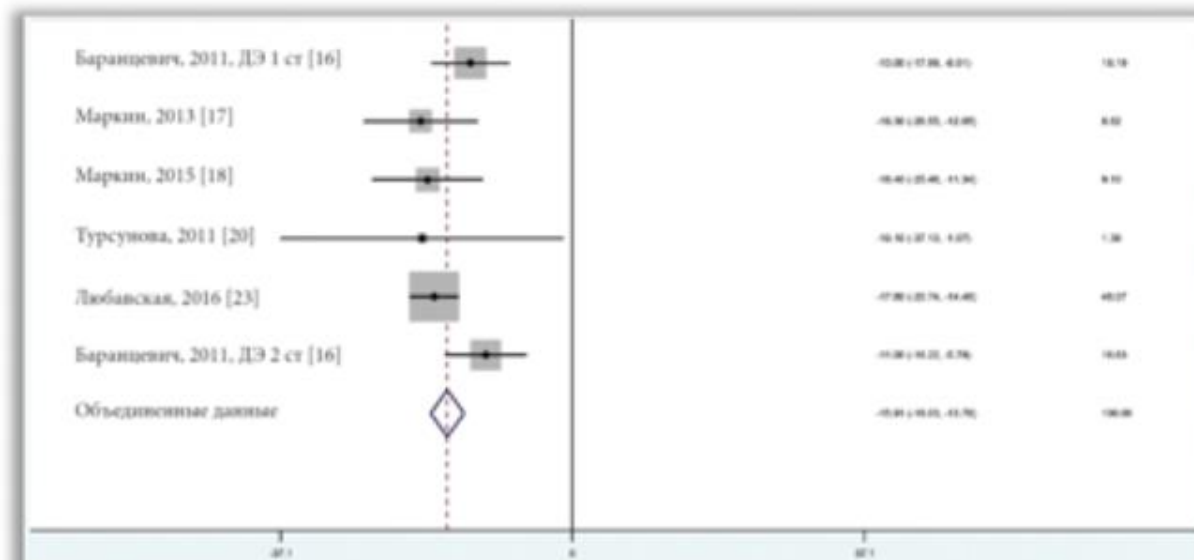


✓ Cmax достигается через **30 мин** после приема и сохраняется **3-4 часа**

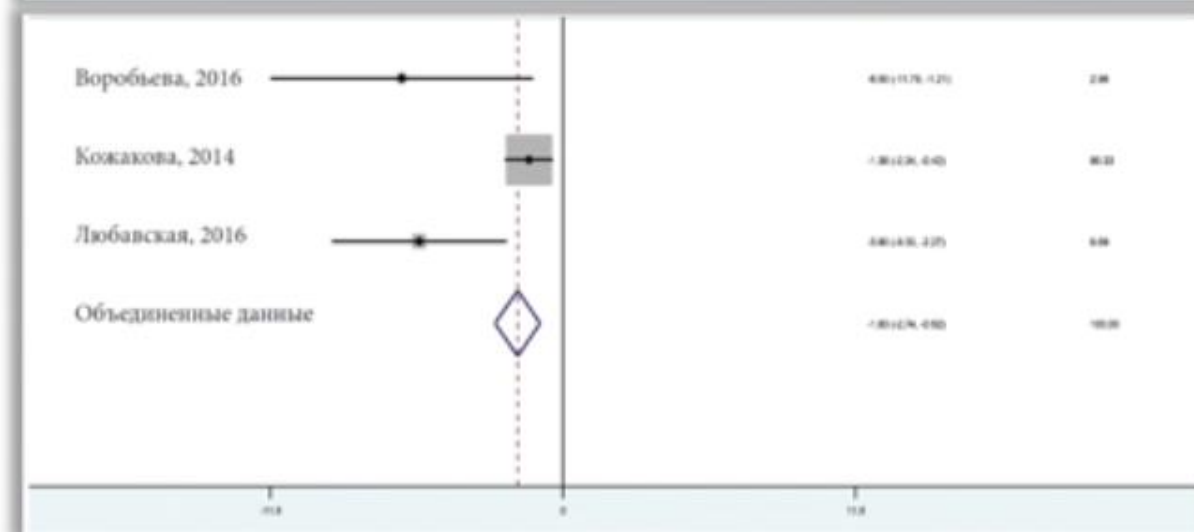
Препарат **хорошо**
✓ **всасывается (77-80%)**

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

ДИНАМИКА ТРЕВОГИ на ФОНЕ ТЕРАПИИ АДАПТОЛОМ



Динамика реактивной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина.



Динамика тревожности по шкале HADS-A.

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И НОРМАЛИЗАЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО БАЛАНСА ПРИ ПРИЁМЕ АДАПТОЛА

Результаты обследования пациентов с НЦА до и после лечения Адаптолом® (* $p < 0,05$)



НЦА – нейродисрегуляторная астенция, ВСР – вариабельность сердечного ритма, САД – систолическое артериальное давление, ДАД – диастолическое артериальное давление.

Улучшение состояния у 74% пациентов (↓частоты сердечной боли, ↓САД и ДАД)

Снижение уровня реактивной тревоги

Нормализация вегетативного баланса в сердечно-сосудистой системе (от симпатикотонии к балансу)

Снижение АД (снижение средних и максимальных значений САД и ДАД)

ПАЦИЕНТ С ТРЕВОГОЙ: «ЗАПРОС» или ОЖИДАНИЯ



Возможность вести активный образ жизни

Управлять автомобилем

Беременность

Сочетаемость с другими лекарствами

Отсутствие побочных эффектов

Поведенческая токсичность

Привыкание, синдром отмены

ПРАВИЛА НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ТРЕВОГЕ

- Необходимо знать показания, противопоказания и побочные действия препарата
- Монотерапия, титрация доз препарата
- Анализ анамнеза (предшествующий опыт)
- Достаточная доза, отсроченный эффект
- Дополнительные клинические эффекты
- Достаточная длительность терапии
- Нельзя внезапно отменять препарат (постепенно 2-4 и более недели)

АДАПТОЛ В СРАВНЕНИИ С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ АНКСИОЛИТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

БОЛЕЕ ШИРОКИЙ СПЕКТР ДЕЙСТВИЯ



Осторожность при лечении пациентов с компенсированной дыхательной недостаточностью

Тофизопам

Гидроксизин

Воздействует на все нейромедиаторные системы эмоционального мозга

Предположительно действует только на ГАМК-эргическую систему

Эффект сходен с антигистаминными препаратами первого поколения

Анксиолитическое

Анксиолитическое

Анксиолитическое

Вегетостабилизирующее

Вегетостабилизирующее

Седативное

Антиастеническое

Начало действия до 1,5 часов

Противозудное

Ноотропное

Противопоказан при работе с повышенной концентрацией внимания

Спазмолитическое и симпатолитическое

Антиоксидантное

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

Может ухудшать способность к концентрации внимания и скорость психомоторных реакций

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

Блокирует H_1 -гистаминовые рецепторы,

АДАПТОЛ: ВЫСОКИЙ ПРОФИЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ



Подавленности, вялости, сонливости,
эмоционального безразличия ИЛИ
психоэмоционального 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, в том числе на фоне соматических заболеваний (эмоциональная лабильность, беспокойство, волнение, страх)



В составе терапии нейролептиками, антидепрессантами, транквилизаторами и др. (для улучшения переносимости)



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



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



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



В комплексной терапии соматических заболеваний (нет межлекарственного взаимодействия)

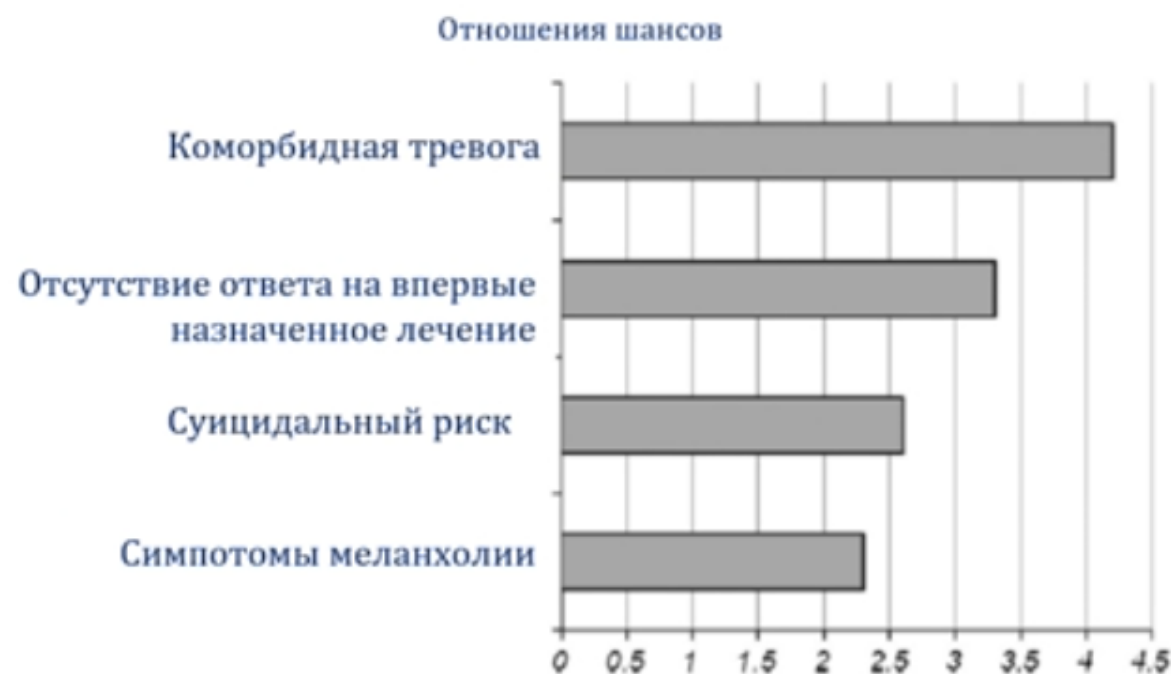


При необходимости сосредоточиться в стрессорной ситуации (повышает уровень внимания и работоспособности)



При ведении «требовательного» пациента: благоприятный профиль безопасности и переносимости, удобный прием

ТРЕВОГА – ВАЖНЕЙШИЙ ФАКТОР РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИИ, УСТОЙЧИВОЙ К ТЕРАПИИ



КОГДА ПАЦИЕНТУ НУЖЕН ПСИХИАТР?

- Психотический уровень тревоги, «помешательство сомнений» дотя до уровня амбивалентности, когнитивная дезорганизация
- Злоупотребление лекарственными средствами (лекомания), зависимость от психоактивных веществ или алкоголя
- Выраженное ограничительное (стойкая агорофобия, социофобия) и ипохондрическое поведение («медицинская одиссея»)
- Наличие таких коморбидных расстройств, как деперсонализация, навязчивость, галлюцинации и бредовые симптомы

А стоит ли идти к
психиатру, спросил я
себя.
Мнения разделились.

БЛАГОДАРЮ за ВНИМАНИЕ!