

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ДИАГНОСТИКА и СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ

д.м.н., профессор Екушева Е.В.

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

ЧТО ТАКОЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

Психосоматическая медицина – междисциплинарная область медицины, посвященная влиянию социальных, психологических, биологических и медицинских факторов на соматическое состояние и его восприятие человеком

Психосоматическое расстройство - симптомокомплекс, при котором взаимодействие личностных, психологических и психопатологических нарушений с проявлениями соматической патологии оказывает существенную роль в особенностях формирования и динамики телесного недуга

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: СВЯЗЬ с НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

1) Психосоматическое расстройство (ПСР) и неврологическое заболевание (НЗ) сосуществуют друг с другом, взаимно утяжеляя течение и затрудняя диагностику и лечение друг друга

Пример: тревожное расстройство и постгерпетическая невралгия

2) Психосоматическое расстройство имитирует наличие неврологического заболевания

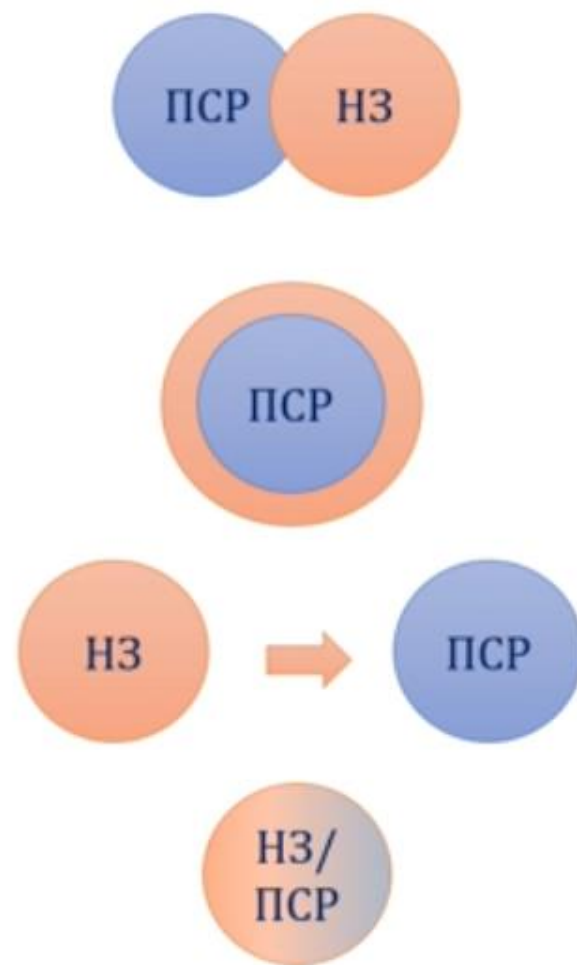
Пример: конверсионное расстройство

3) Неврологическое заболевание выступает в качестве триггера психосоматической патологии

Пример: астения и соматоформные симптомы после ЧМТ

4) Психосоматическая патология – симптом неврологического заболевания

Пример: депрессия при болезни Альцгеймера



ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ



Социодемографические

- ✓ женский пол
- ✓ пожилой возраст
- ✓ низкий достаток
- ✓ отсутствие высшего образования



Личностные

- ✓ расстройства личности сенситивного круга
- ✓ соматоперцептивные акцентуации

Наследственные

- ✓ генетические
- ✓ эпигенетические



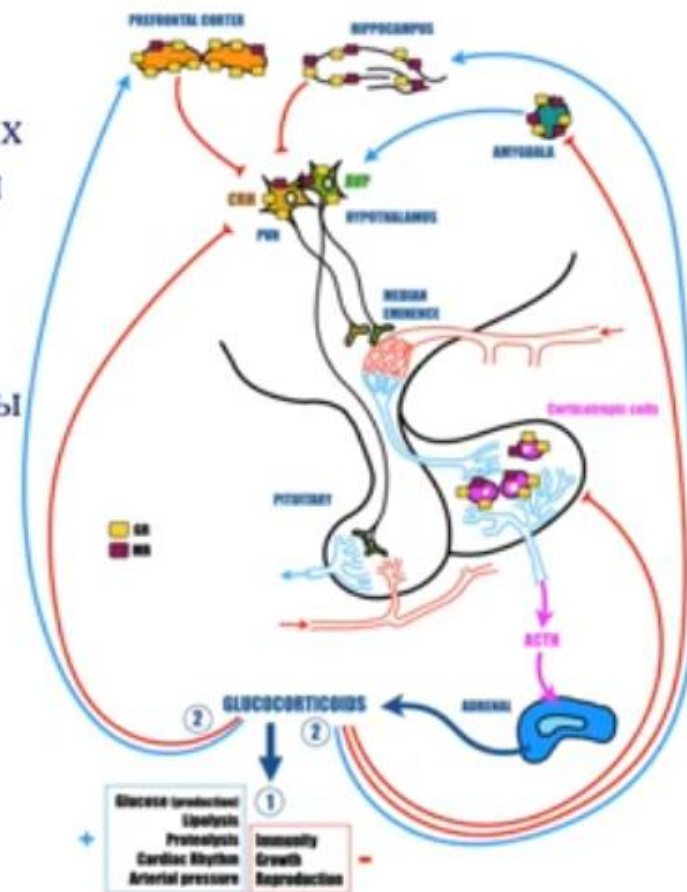
Средовые

- ✓ насилие и пренебрежение в детском возрасте
- ✓ социальная изоляция
- ✓ высокий уровень стресса



ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: ОБЩИЕ МЕХАНИЗМЫ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

- ✓ **Микровоспаление** – повышение экспрессии провоспалительных соединений, в первую очередь фактора некроза опухоли альфа и интерлейкина-1 β
- ✓ **Дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы** – снижение реактивности глюкокортикоидной системы, повышение уровня кортизола, нарушение функции минералокортикостероидных рецепторов
- ✓ **Снижение пролиферации нервной ткани** – уменьшение продукции мозгового нейротрофического фактора, меньшая степень ветвления нейронов, подавление нейрогенеза в гиппокампе



ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ: КЛИНИЧЕСКИЙ СПЕКТР



СТРЕСС и ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Реакция на стресс - часто в виде «маскированных» симптомов: астенические, когнитивные, болевые, сердечно-сосудистые и другие проявления

СТРЕСС

*Психосоматические расстройства – состояния, характеризующиеся многочисленными соматическими жалобами и симптомами, не связанными с первичной соматической патологией, а развивающиеся вследствие психических нарушений (до **35%** общесоматической сети)*



ТРЕВОГА

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА**

В основе - дисфункция ВНС, которую провоцирует стресс и тревожные расстройства

Пациенты с психосоматическими расстройствами требуют **в 2 раза больше ресурсов медицинской службы**: повторные консультации, неоправданные госпитализации, листы нетрудоспособности и т.д.

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

ПРОБЛЕМА ОБЩИХ СИМПТОМОВ



ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА с ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ ПРОФИЛЕМ

от **38%** до **42%** ВСЕХ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ К ТЕРАПЕВТУ,
ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ²

- Частое посещение специалистов и толстая история болезни
- Много противоречивых жалоб и загадочных симптомов
- Проявление признаков ипохондрии

80% ЖАЛОБ НА РАСПРОСТРАНЁННЫЕ СИМПТОМЫ НЕ ИМЕЮТ
ПОД СОБОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПРИЧИНЫ¹

- Алекситимия, нервозность или суетливость
- Общая тревога, жалобы на качество сна, постоянную усталость
- Наличие функциональных медицинских синдромов (хроническая усталость, нарушение подвижности пищевода, синдром раздраженного кишечника) и симптомов вегетативного возбуждения с участием других систем органов (учащённое сердцебиение, тремор, покраснение, потливость)

ТАК ЛИ БЕЗОБИДНЫ ТРЕВОЖНЫЕ НАРУШЕНИЯ?



ТРЕВОГА и АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ/МЕТААНАЛИЗ СВЯЗИ МЕЖДУ ТРЕВОГОЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ У ВЗРОСЛЫХ (PUBMED, OVID И PSYCINFO)

59 исследований с участием **4 012 775** человек.

СТАТИСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ТРЕВОГОЙ И АГ БЫЛА ОБНАРУЖЕНА В ПЕРЕКРЕСТНЫХ (ОШ = 1,37, 95 % ДИ = 1,21–1,54) И ПРОСПЕКТИВНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ (ОШ = 1,40, 95 % ДИ = 1,23–1,59).

Данные продольного исследования и анализ литературных данных убедительно показывают, что тревога может предшествовать гипертензии.

Полученные результаты имеют важное клиническое значение для раннего выявления и лечения тревоги и артериальной гипертензии

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ТРЕВОГА и КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК

Двунаправленная связь:

- ☐ люди с АГ чаще имеют тревожные нарушения
- ☐ люди с тревогой имеют повышенный риск развития АГ
- Генерализованная тревога
- Посттравматическое стрессовое расстройство
- Паническое расстройство
- Обсессивно-компульсивное расстройство.

Наиболее тесная связь между паническим расстройством, посттравматическим стрессовым расстройством и сердечно-сосудистыми исходами.

Стрессорные факторы и тревожные нарушения → ↑ активности ВНС через гипоталамо-гипофизарную ось → ↑ уровень циркулирующих катехоламинов → повышенный риск АГ и провоспалительного состояния → ИБС

Тревожные нарушения - важный предиктор будущих неблагоприятных исходов ИБС

При терапии и мониторинге пациентов с АГ и ИБС важно это учитывать

INTL. J. PSYCHIATRY IN MEDICINE, Vol. 41(4) 365-377, 2011

ANXIETY DISORDERS, HYPERTENSION, AND CARDIOVASCULAR RISK: A REVIEW

MARTY S. PLAYER, MD, MS

LARS E. PETERSON, MD, PH.D.

Medical University of South Carolina, Charleston

ABSTRACT

Hypertension, coronary heart disease (CHD), and anxiety disorders all cause substantial morbidity to patients and costs to the healthcare system. Associations between these diseases have been hypothesized and studied for decades. In particular, psychosocial stressors associated with anxiety disorders raise autonomic arousal via the hypothalamic-pituitary axis which increases circulating catecholamines. This heightened arousal is associated with an increased risk of hypertension and a pro-inflammatory state and, consequently, development of coronary heart disease. This association holds across the spectrum of anxiety disorders (generalized anxiety, posttraumatic stress disorder, panic disorder, and obsessive compulsive disorder) and also when controlling for comorbid conditions such as depression and physical ailments. Multiple cross sectional studies reveal a positive association between anxiety and hypertension. These associations are bidirectional, with those with hypertension being more likely to have anxiety and those with anxiety being more likely to have hypertension. However, a few studies have shown no association. Longitudinal studies point to an increased risk of development of hypertension in patients who suffer from anxiety. More convincing studies show links between anxiety symptoms and disorders, including panic disorder and PTSD, and cardiovascular outcomes. Drawing broad conclusions from these studies is challenging, however, given the multiplicity of scales used to measure anxiety disorders. Anxiety, hypertension, and CHD are common conditions seen in primary care, and anxiety

365

© 2011, Baywood Publishing Co., Inc.
doi: 10.2190/JPM.41.4.7
http://baywood.com

АГ – артериальная гипертензия
ВНС – вегетативная нервная система
ИБС – ишемическая болезнь сердца

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ, ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ

Изучение влияния тревоги и депрессии и связанных с ними факторов у пациентов с постоянной ФП.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и опросник, включающий характеристики пациентов

34,9% пациентов - высокий уровень тревоги

20,2% пациентов - высокий уровень депрессии

Уровень тревоги выше у женщин с высшим или начальным образованием и среди сотрудников, тогда как уровень депрессии - у пожилых пациентов и у пациентов, которые сообщили о «мало/совсем не» информированы о своем здоровье.

Оценка тревоги и депрессии имеет важное значение для коррекции текущей терапии у пациентов с ФП. Большая осведомленность о связанных с этим факторах поможет выбрать наиболее оптимальную стратегию лечения

Windows
Cardiology Research and Practice
Volume 2018, Article ID 7408129, 9 pages
<https://doi.org/10.1155/2018/7408129>

Research Article

Anxiety and Depression in Patients with Permanent Atrial Fibrillation: Prevalence and Associated Factors

Maria Polikandrioti¹, Ioannis Koutelekos¹, Georgios Vasilopoulos¹,
Georgios Gerogianni¹, Maritsa Gourni², Sofia Zyga³ and George Panoutsopoulos³

¹Department of Nursing, Faculty of Health and Caring Professions, Technological Educational Institute of Athens, Athens, Greece

²Frederick University, Nicosia, Cyprus

³Department of Nursing, Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences, University of Peloponnese, Sparta, Lakonia, Greece

Correspondence should be addressed to Maria Polikandrioti; mpolik2006@yahoo.com

Received 28 October 2017; Accepted 11 January 2018; Published 19 February 2018

Academic Editor: David J. Chambers

Copyright © 2018 Maria Polikandrioti et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Atrial fibrillation (AF) is an important public health problem that is increasing at an alarming rate, worldwide. The most common type is permanent AF followed by the paroxysmal and persistent AF. Purpose. This study was aimed at exploring anxiety and depression and the associated factors in patients with permanent AF. Materials and Methods. The sample of the study included 170 AF patients. Data collection was performed by the method of interview using the "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) to assess anxiety and depression and a questionnaire including patients' characteristics. Results. 70% of the participants were men, and 32.4% were above 70 years old. Furthermore, 34.9% of the patients had high levels of anxiety, and 20.2% had high levels of depression. Anxiety levels were statistically significantly associated with gender ($p = 0.022$), age ($p = 0.021$), educational level ($p = 0.025$), years having the disease ($p = 0.005$), and relations with nursing staff ($p = 0.040$). Depression levels were statistically significantly associated with age ($p = 0.037$), degree of information of the state of health ($p < 0.001$), years having the disease ($p < 0.001$), and relations with medical staff ($p = 0.041$). Conclusions. Patients' characteristics are associated with anxiety and depression and need to be evaluated when treating this frequently encountered arrhythmia.

ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ И УСПЕХ ТЕРАПИИ

Изучение удовлетворенности терапией антикоагулянтами у пациентов с ФП и без физических, когнитивных и психосоциальных условий.

1037 пациентов с ФП старше 65 лет (средний возраст - 76 лет), принимающие варфарин 57% или ПОАК 43%.

Оценивались: слабость, когнитивные функции, социальная поддержка, симптомы депрессии и тревоги, зрение, слух (общепринятые шкалы)

Нарушения зрения, тревожно-депрессивные нарушения ассоциированы с худшим течением ФП и необходимостью более тщательного контроля приема антикоагулянтной терапии, что необходимо учитывать при назначении данных лекарственных средств.

J Cardiovasc Electrophysiol 2019 November ; 30(11): 2508–2515. doi:10.1111/jce.14176.

Physical, cognitive, and psychosocial conditions in relation to anticoagulation satisfaction among elderly adults with atrial fibrillation: The SAGE-AF study

Weijia Wang, MD, MPH¹, Jane Saczynski, PhD², Darleen Lessard, MS³, Tanya Mailhot, RN, PhD², Bruce Barton, PhD³, Molly E. Waring, PhD⁴, Felix Sogade, MD⁵, Robert Hayward, MD¹, Robert Helm, MD⁶, David D. McManus, MD, ScM^{1,3}

¹Department of Medicine, Cardiology Division, University of Massachusetts Medical School, Worcester, Massachusetts

²Department of Pharmacy and Health System Sciences, Northeastern University, Boston, Massachusetts

³Department of Population and Quantitative Health Sciences, University of Massachusetts Medical School, Worcester, Massachusetts

⁴Department of Allied Health Sciences, University of Connecticut, Storrs, Connecticut

⁵Department of Medicine, School of Medicine, Mercer University, Macon, Georgia

⁶Department of Medicine, School of Medicine, Boston University, Boston, Massachusetts

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ И РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

30 635 участников 7-летнего когортного исследования CARTaGENE в Квебеке, не имеющих ССЗ

Изучение независимых и совместных связей между симптомами тревоги и депрессии и риском развития ССЗ

ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ БЫЛ АССОЦИИРОВАН С ПОВЫШЕННЫМ РИСКОМ ССЗ, ПРИ НАЛИЧИИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДЕПРЕССИИ – БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК

ORIGINAL ARTICLE

Anxiety and Depression Symptom Comorbidity and the Risk of Heart Disease: A Prospective Community-Based Cohort Study

Scotia S. Deschênes, PhD, Rachel J. Burns, PhD, and Norbert Schmitz, PhD

ABSTRACT

Objective: The goal of this study was to examine the independent and joint associations between anxiety and depression symptoms with the risk of heart disease.

Methods: A total of 30,635 participants from the CARTaGENE community cohort study in Quebec who did not have heart disease at baseline were included in the study. Baseline anxiety and depression symptoms were assessed using validated questionnaires. Survey data were linked with diagnostic codes from a public insurance database to examine incident heart disease during a 7-year follow-up period. Cox regression analyses were conducted comparing groups with high anxiety only, high depression only, comorbid anxiety and depression, and neither symptoms of both on the risk of heart disease. Additional analyses examined anxiety and depression using continuous questionnaire symptom scores, data-driven comorbidity groups, and diagnostic codes. Covariates included sociodemographic characteristics, health behaviors, diabetes, and hypertension.

Results: In the main analyses, we found that, although depression without anxiety symptoms was associated with an increased risk of heart disease (hazard ratio = 1.33, 95% confidence interval = 1.04–1.70), there was no significant association for anxiety without depression symptoms (hazard ratio = 1.00, 95% confidence interval = 0.71–1.40). High anxiety assessed with diagnostic codes or by examining heart disease was, however, associated with a higher risk of heart disease.

Conclusions: The association between anxiety and incident heart disease may be accounted for by comorbid depression, particularly when anxiety and depression symptoms are assessed using self-report questionnaires. Differing methods of assessment and analysis, and adjustment for comorbid depression may explain differences in findings across different studies on anxiety and the risk of heart disease.

Key words: anxiety, cohort study, depression, heart disease

INTRODUCTION

Heart disease is a leading cause of death globally (1), with ischemic heart disease estimated to account for approximately 17% of deaths worldwide (2). Although cardiovascular factors and behavioral factors such as smoking are well-established risk factors for heart disease (3) (4), mental health factors such as depression have also been shown to be associated with the risk of heart disease. For instance, a meta-analysis of 30 prospective cohort studies found that depression was associated with a 50% increased risk of incident coronary heart disease (5). Similar meta-analyses provide further support for depression as a risk factor for heart disease (6,7). Anxiety has also been shown to be a risk factor for heart disease in some studies, although this association is less clear. A meta-analysis demonstrated that elevated anxiety was associated with a 40% increased risk of coronary heart disease (8). However, significant heterogeneity was found across studies regarding the strength and statistical significance of these findings. This suggests that there may be conditions under which anxiety symptoms are more strongly associated with incident heart disease,

and it is possible that comorbidity with depression may be an important consideration in the association between anxiety and the risk of heart disease.

Anxiety symptoms and disorders are often comorbid with depression. For instance, approximately 60% of individuals with an anxiety disorder were shown to have experienced a comorbid depressive episode (9). Given that depression is associated with anxiety symptoms and with an increased risk of heart disease, depression might confound the association between anxiety symptoms and heart disease. Alternatively, anxiety symptoms with comorbid depression might be an important condition that is strongly associated with heart disease, given that a growing body of research suggests that anxious depression is associated with

AKC = Akaike information criterion; **BIC** = Bayesian information criterion; **HR** = hazard ratio; **CI** = confidence interval; **GAD-7** = Generalized Anxiety Disorder 7-item scale; **HR** = hazard ratio; **ICD** = International Classification of Diseases; **ICD-10** = 10th revision of the International Classification of Diseases; **ICD-10** = 10th revision of the International Classification of Diseases; **ICD-10** = 10th revision of the International Classification of Diseases; **ICD-10** = 10th revision of the International Classification of Diseases.

Supplemental Content

From the School of Psychology (Deschênes), University College Dublin, Ireland; Department of Psychiatry (Deschênes, Schmitz), McGill University, Montreal; Department of Psychology (Burns), Carleton University, Ottawa; Douglas Mental Health University Institute (Deschênes, Schmitz), Montreal; Department of Epidemiology and Biostatistics (Schmitz), McGill University, Montreal, Canada.

Address correspondence to Scotia S. Deschênes, PhD, School of Psychology, University College Dublin, Newman Bldg, Belfield, Dublin 4, Ireland. E-mail: scotia.deschenes@ucd.ie

Received for publication August 26, 2019; revision accepted November 27, 2019.

DOI: 10.1093/psyc/kyz005

Copyright © 2020 by the American Psychiatric Society

ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ при СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

172 040 пациентов из **57** исследований
(MEDLINE, Embase, Cochrane Central Register of
Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic
Reviews и Scopus)

СПКЯ связан с повышенным риском развития
тревожных, депрессивных расстройств, биполярного
и обсессивно-компульсивного расстройства.

У женщин с СПКЯ необходим рутинный скрининг
тревожных и депрессивных расстройств, что
повышения эффективности терапии и
дальнейшего прогноза

Endocrine
<https://doi.org/10.1007/s12020-018-1680-3>

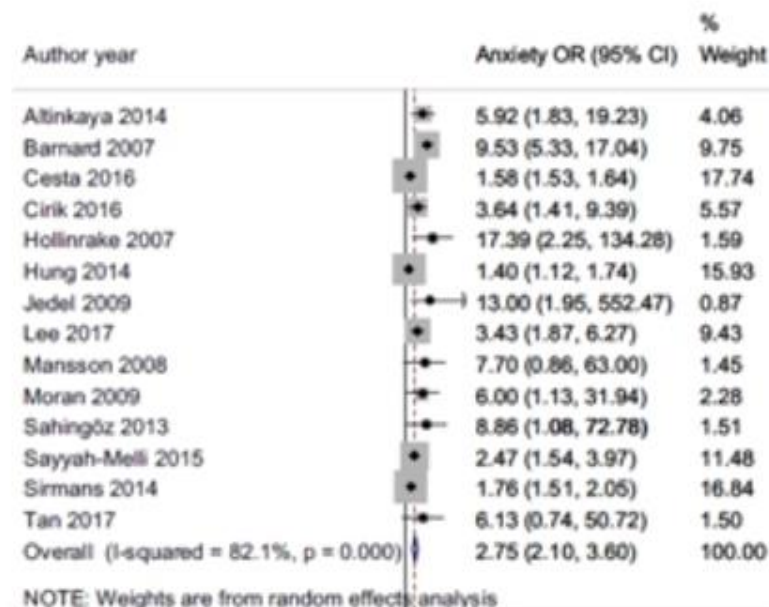
META-ANALYSIS



Psychiatric disorders in women with polycystic ovary syndrome: a
systematic review and meta-analysis

Claire Brutocao¹ · Feras Zaien² · Mouaz Alhawas³ · Allison S. Morrow³ · M. Hassan Murad² · Auma Javed⁴

15-20% - СПКЯ
у женщин репродуктивного возраста



ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ у ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Cultivating mental health education in obstetrics and gynecology: a call to action

Lucy A. Hutner, MD; Amanda Yeaton-Massey, MD; Marika Toscano, MD; Jeanne Coulehan, CNM;
Priya Gopalan, MD; Marley A. Doyle, MD; Melisa Olgun, BA; Julia Frew, MD; Sarah Nagle-Yang, MD;
Lauren M. Osborne, MD; Emily S. Miller, MD, MPH

Тревожно-депрессивные расстройства значительно распространены и оказывают существенное негативное влияние на здоровье и благополучие женщин (предменструальный, перинатальный и послеродовой периоды, период пери- и менопаузы).

Отсутствие адекватной терапии ассоциировано со значительными акушерскими и психиатрическими последствиями и оказывают долгосрочное влияние на неонатальные и детские исходы. Американская коллегия акушеров и гинекологов (ACOG) рекомендует проводить скрининг тревожных и депрессивных расстройств, начиная с подросткового возраста, особенно в указанные периоды жизни.

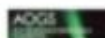
ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ у ЖЕНЩИН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Received: 26 June 2021 | Received: 31 October 2021 | Accepted: 6 November 2021

DOI: 10.1013/jps.14754

SYSTEMATIC REVIEW

2023



Identification of depression and anxiety during pregnancy:
A systematic review and meta-analysis of test accuracy

Elisabet Rondung¹ | Pamela Massoudi^{2,3} | Katri Nieminen⁴ | Birgitta Wickberg² |
Nathalie Peira⁵ | Rebecca Silverstein⁶ | Klas Moberg⁶ | Martina Lundqvist⁶ |
Åke Grundberg⁶ | Monica Hultcrantz⁵

8276 пациентов из 16 исследований

(CINAHL, Кокрейновская библиотека, база данных CRD,
Embase, Epistemonikos, HTA, KSR Evidence, Ovid MEDLINE,
PROSPERO, PsycINFO)

до **19%** - тревожные и
депрессивные нарушения
у во время беременности

Необходимо более активное выявление тревожных и депрессивных расстройств как во время беременности, так и дородовый и послеродовый период для осуществления своевременной коррекции и предотвращения неблагоприятных исходов.

ТРЕВОЖНЫЕ НАРУШЕНИЯ И РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ

Received: 14 August 2020 | Revised: 10 June 2021 | Accepted: 10 June 2021

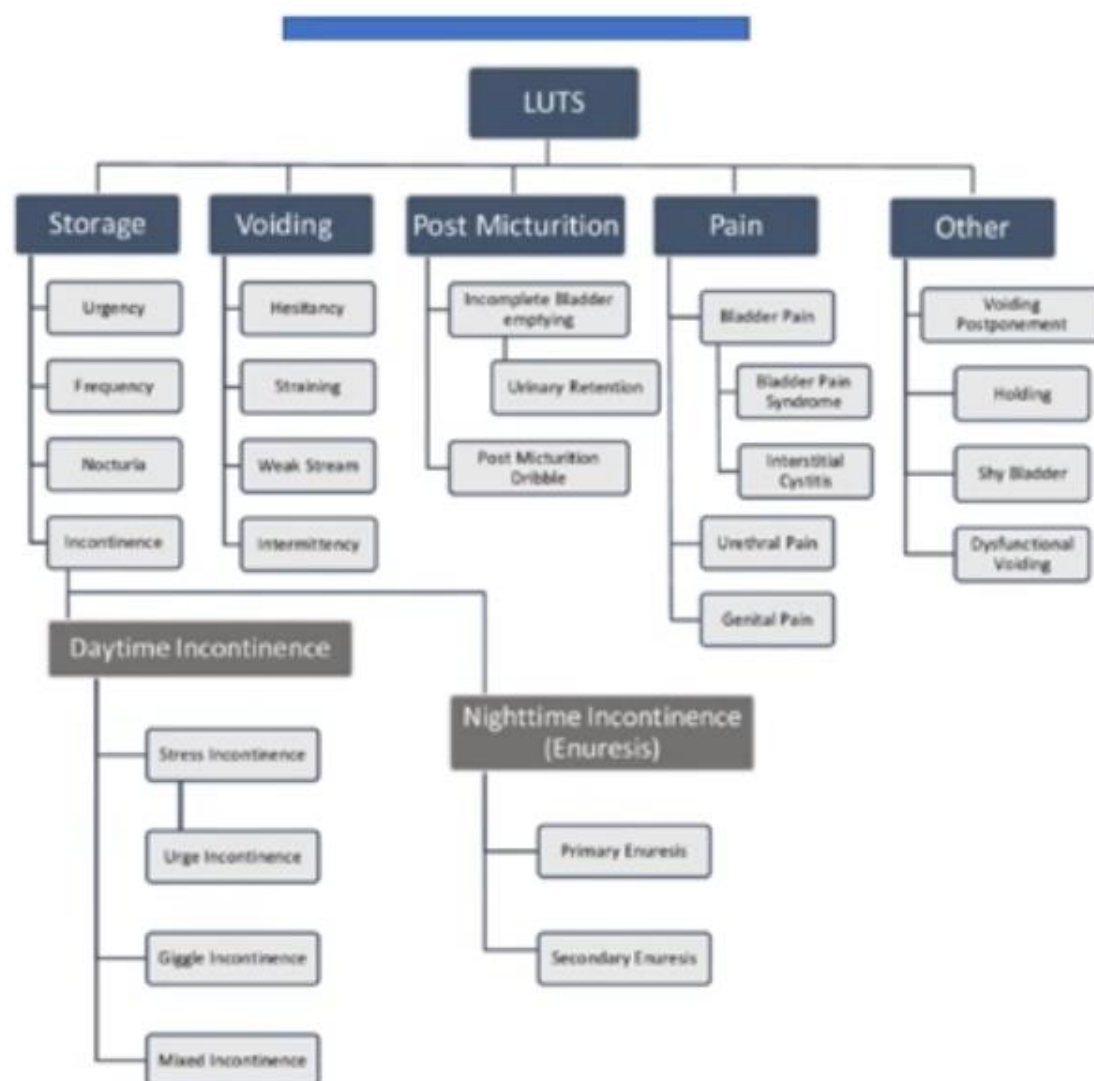
DOI: 10.1002/brb.12345

ORIGINAL RESEARCH

Brain and Behavior WILEY

Systematic review and meta-analysis identify significant relationships between clinical anxiety and lower urinary tract symptoms

Behrang Mahjani^{1,2,3,7} | Lotta Renström Koskela^{4,10} | Anita Babure^{1,7} |
Christina Gustavsson Mahjani^{1,2,3} | Magdalena Janecka^{1,2} | Christina M. Haltman⁵ |
Abraham Reichenberg^{1,2} | Joseph D. Buxbaum^{1,2,4,5,6,8} | Olof Akre^{9,10} |
Dorothy E. Grice^{1,6,7,8}



1990-2019 гг из **814** статей отобраны **23**
(PubMed, CENTRAL, PsycINFO и Google Scholar)

Тревожные расстройства у лиц с различными
расстройствами мочеиспускания - отношение
 шансов для клинически значимой тревоги
составило 2,87 (95% ДИ: 2,38,3,46, $p < .001$).

установлена значимая связь между клинически
тревожными расстройствами и расстройствами
мочеиспускания у женщин и у мужчин. Тщательная оценка
симптомов мочеиспусканий может обеспечить более
эффективную помощь этим пациентам.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Тревожные расстройства, сочетающиеся с соматовегетативными нарушениями в виде зуда, жжения, гиперемии, стягивания кожи, являются частыми коморбидными нарушениями при хронических дерматозах.

Тревожно-ипохондрические, социофобические и тревожно-депрессивные расстройства формируются преимущественно у больных с острым дебютом или длительным, упорным, рецидивирующим течением хронических дерматозов на фоне выраженного зуда, распространенных высыпаний с островоспалительными изменениями кожи в виде яркой гиперемии, отека, мокнутия, обильного шелушения, в половине случаев с локализацией сыпи на лице и открытых участках тела.

Соматизированная тревога проявляется:

стойкая фиксация на состоянии кожных покровов,
регистрация малейших изменений в структуре кожных высыпаний,
тщательный анализ результатов терапевтических мероприятий,
непроходящее ощущение зуда, стягивания, сухости,
диссоциация между минимальными дерматологическими проявлениями
и выраженностью жалоб на мучительные телесные сенсации.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Системный обзор и мета-анализ 21 исследования (11 обсервационных, 10 РКИ) - анализ тревожно-депрессивных и других расстройств у пациентов с псориазом и атопическим дерматитом

У пациентов женского пола с псориатическим артритом чаще отмечалась депрессивные расстройства [женский пол: ОШ 1,62, 95% ДИ 1,09–2,40, 95% ПИ -0,62–4,23, I² = 24,90 %, τ^2 = 0,05; псориатический артрит: ОШ 2,26, 95% ДИ 1,56–3,25, 95% ДИ 0,21–24,23, I² = 0,00%, τ^2 = 0,00] и **тревожные расстройства** (женский пол: ОШ 2,59, 95% ДИ 1,32–5,07, 95% ПИ 0,00–3956,27, I² = 61,90%, τ^2 = 0,22; псориатический артрит: ОШ 1,98, 95% ДИ 1,33–2,94, I² = 0,00%, τ^2 = 0,00).

Умеренный/тяжелый псориаз был ассоциирован с тревожными расстройствами (ОШ 1,14, 95% ДИ 1,05–1,25, I² 0,00%, τ^2 = 0,00), но не с депрессией.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Psychopathology Associated with Chronic Pruritus: A Systematic Review

Bárbara R. FERREIRA^{1,2} and Laurent MISERY^{1,3}

¹University of Brest, Laboratoire interactions épithéliums-neurones (LIEN), Brest, France, ²Department of Dermatology, Centre Hospitalier de Mouscron, Hainaut, Belgium and ³Department of Dermatology, Centre Hospitalier Universitaire de Brest, France

Систематический обзор в базах Embase, Pubmed, Web of Science из 923 исследований
- 26 исследований пациентов с хроническим зудом (связанным с первичными дерматозами, системными заболеваниями, психогенным зудом, идиопатическим зудом, узловой пруригой и простым хроническим лишаем).

Нарушение сна – частое коморбидное состояние, связанное с хроническим зудом, тревожно-депрессивные расстройства – с первичными дерматозами и психогенным зудом.

Пациенты с психогенным зудом, простым хроническим лишаем и рядом первичных дерматозов имеют определенные личностные характеристики, которые необходимо учитывать при ведении пациентов

При ведении пациентов с хроническим зудом необходимо учитывать наличие тревожно-депрессивных расстройств, нарушения сна и личностные особенности этих больных.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

European Psychiatry

www.cambridge.org/epa

Review/Meta-analyses

Original articles: Fabrizio M, Cipolla L, Tassiello S, Camerlengo A, Calabrese G, Galdieri S, Argenziano G, Galderisi S (2022). A systematic review on shared biological

A systematic review on shared biological mechanisms of depression and anxiety in comorbidity with psoriasis, atopic dermatitis, and hidradenitis suppurativa

Michele Fabrizio^{1,2}, Salvatore Cipolla¹, Simona Signoriello¹, Alessio Camerlengo¹, Giulia Calabrese¹, Giulia Maria Giondano¹, Giuseppe Argenziano¹ and Silvana Galderisi¹

более 30% пациентов с дерматологическими заболеваниями имеют тревожно-депрессивные нарушения.

Систематический обзор и мета-анализ в базах PubMed, PsycInfo и Scopus отобрано 16 исследований пациентов с псориазом, атопическим дерматитом и гнойным гидраденитом (≥18 лет)

Изучение коморбидности и биологических механизмов депрессии, тревоги и дерматологических заболеваний.

В патогенезе изучаемых заболеваний рассматриваются такие биологические механизмы как активация провоспалительных цитокинов (при псориазе - IL-17, IL-12, IL-23 и TNF-α; при атопическом дерматите - производных Т-хелперов-2, IL-4 и IL-13 и гнойном гидрадените - нарушение регуляции TNF, IL-1, ИЛ-12/23, ИЛ-17 и ИЛ-6)

Наличие тревожно-депрессивных нарушений ухудшает ответ на терапию и отрицательно влияет на течение дерматологического заболевания, которое, в свою очередь, может ухудшить аффективные проявления, еще больше снижая качество жизни пациентов

ПАЦИЕНТ с ТРЕВОГОЙ: СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ



- Тревожные расстройства часто не выявляются (многочисленность и противоречивость жалоб пациентов)
- *Пациент:* мое состояние – это естественный ответ на тяжелое заболевание или естественная эмоциональная реакция на окружающие события
- *Врач:* акцент на соматических проявлениях тревоги, а не на психических; неправильное представление о причинно-следственных связях (результат перегруженности на работе&наличия соматической патологии), необоснованное количество инструментальных методов диагностики и неправильная трактовка их результатов



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 (**темгиколурил**, аминофенилмаслянная кислота, гидроксизин)
- бензодиазепиновые
 - типичные
 - атипичные

Антидепрессанты

Малые нейролептики

Антиконвульсанти

*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»)

ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ТРЕВОГИ

Транквилизаторы

- растительные препараты (субсиндромальная тревога, расстройство адаптации)
- небензодиазепиновые (**темгиколурил**, аминоксипрол, аминоксипрол, гидроксиэтил-аминоксипрол)
- бензодиазепиновые
 - типичные
 - атипичные

Антидепрессанты

Малые нейролептики

Антиконвульсанты

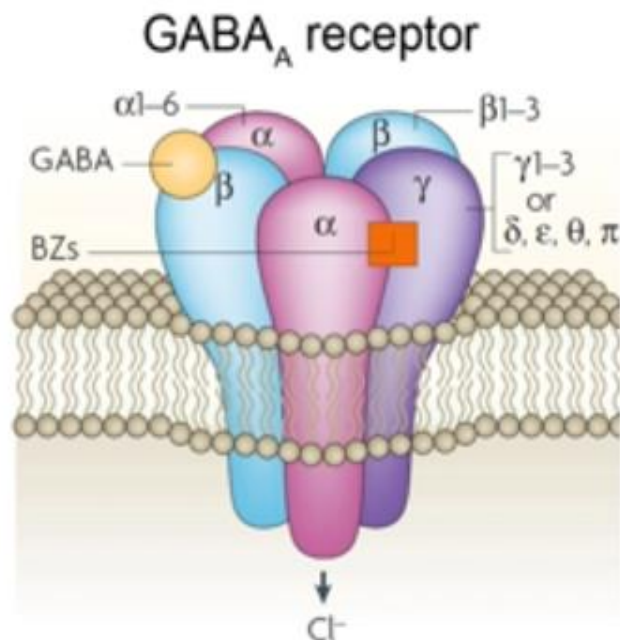
*Показания к применению
бензодиазепиновых транквилизаторов:*

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

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

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

ГАМК – КЛЮЧЕВАЯ МИШЕНЬ ТЕРАПИИ ТРЕВОГИ



- на ГАМК_A рецепторе есть аллостерические места связывания для бензодиазепинов, барбитуратов, антиконвульсантов, этанола и др.
- на ГАМК_A и ГАМК_C рецепторы сопряжены с хлорными каналами
- бензодиазепины связываются с α -1, 2, 3 и 5, Z- препараты селективно только с α -1

ГАМК содержится в неокортексе, лимбической структуре (гиппокамп, мозжечковая миндалина), в базальных ганглиях (хвостатое ядро, бледный шар), в мозжечке, черном веществе, таламусе и гипоталамусе

ГАМК – ключевой медиатор миндалины, гиперактивной в условиях хронического стресса и при тревожных расстройствах

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.

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

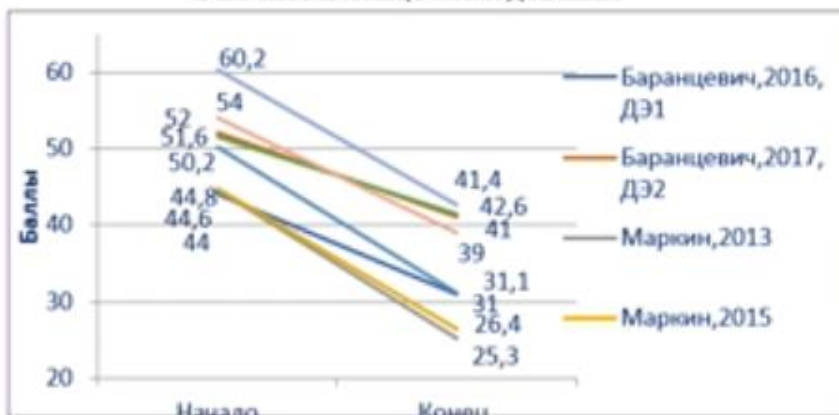
Регуляция нейротрансмиссии

Активирующий и антиастенический

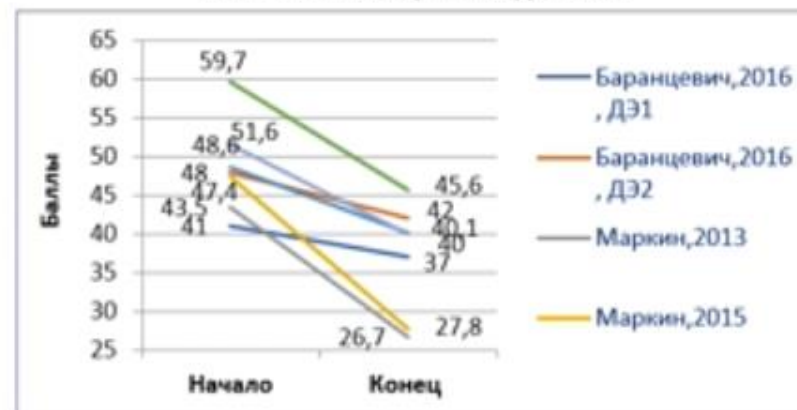
Регулирующее, антиэксайтотоксическое

ДИНАМИКА ТРЕВОГИ на ФОНЕ ТЕРАПИИ АДАПТОЛОМ

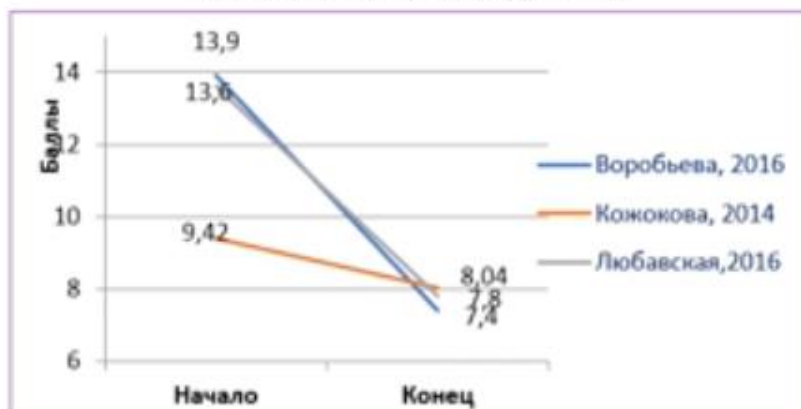
Уровень реактивной тревожности
в начале и конце исследования



Уровень личностной тревожности
в начале и конце исследования

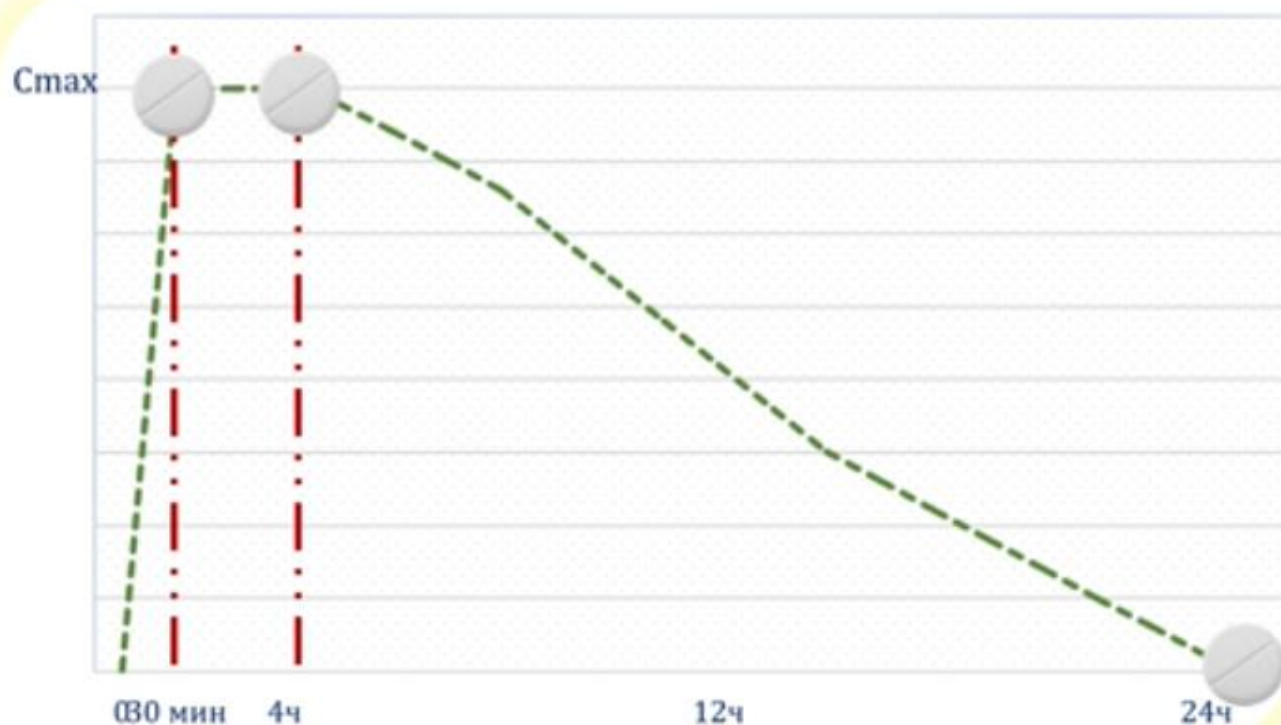


Выраженность тревоги по шкале HADS-A
в начале и конце исследования



**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



Осторожность при лечении пациентов с компенсированной дыхательной недостаточностью

Тофизопам

Гидроксизин

Балансировка основных
нейромедиаторных систем
Стабилизация эмоциональных зон мозга

Механизм действия не
известен

Антигистаминное действие
Подавление активности
субкортикальных зон ГМ

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

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



Осторожность при лечении пациентов с компенсированной дыхательной недостаточностью

Тофизопам

Гидроксизин

Воздействует на все нейромедиаторные системы эмоциогенного 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® — 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.

БЛАГОДАРЮ за ВНИМАНИЕ!