

# ТРЕВОГА В ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ: ПАНДЕМИЯ или НОРМА?

Евгения Викторовна Екушева  
д.м.н., профессор

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

# ЧТО ТАКОЕ ТРЕВОГА?



**Тревога** – отрицательные эмоциональные переживания, обусловленные ожиданием чего-то опасного, имеющего диффузный характер, не связанного с конкретным событием

Это один из наиболее древних эволюционных механизмов адаптации к меняющимся условиям окружающей среды



# ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

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.



33,7%

человека в популяции,  
т.е. каждого третьего



до 72%

распространенность,  
которая значительно  
выросла последние  
несколько лет

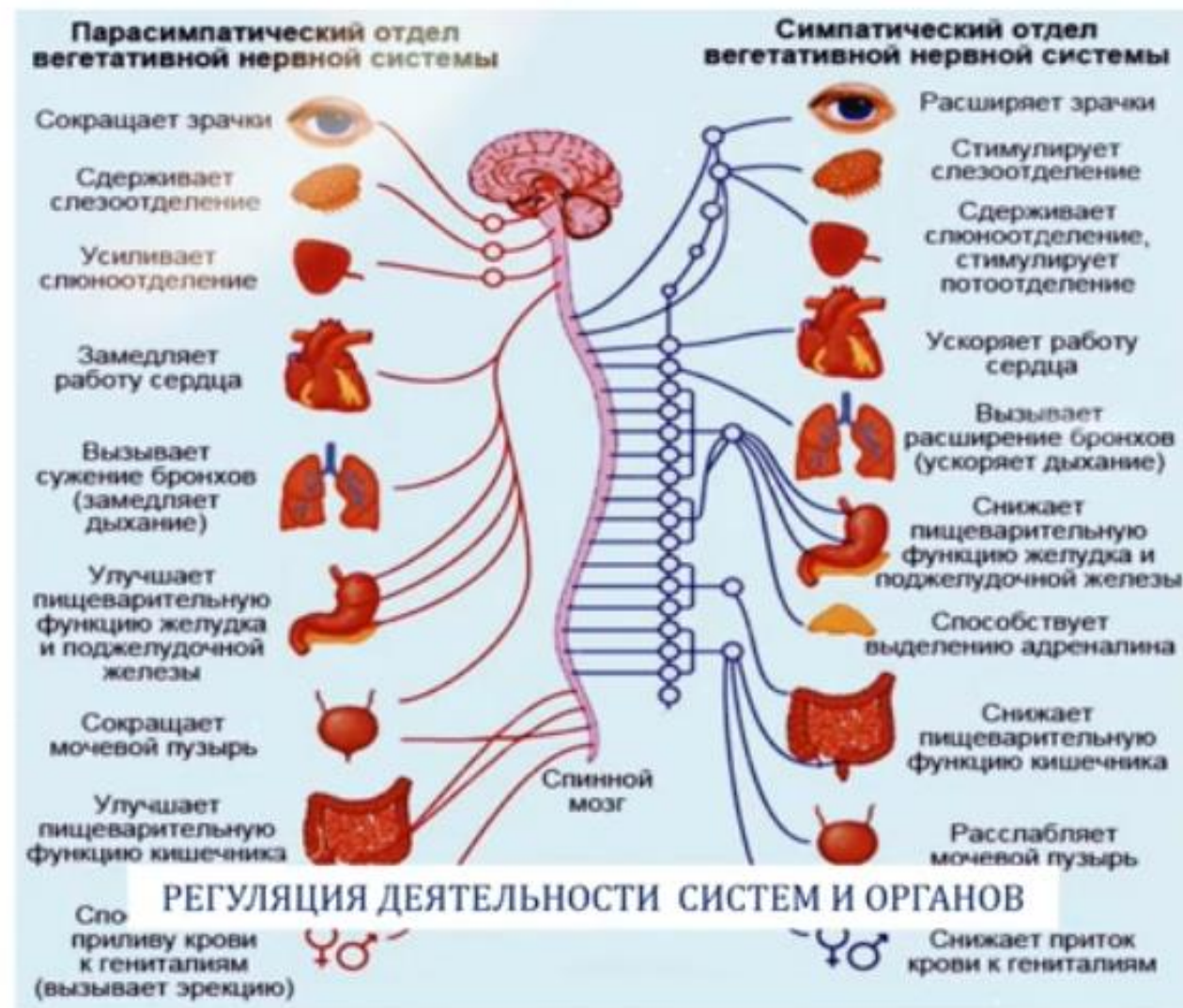
в 1,5 раза

чаще у женщин  
(пик около 20 лет и после 60 лет)

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

# ВЕГЕТАТИВНАЯ СИСТЕМА



# ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА: ПОЛИСИСТЕМНЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ



# ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА: ЧАСТОТА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ В ТЕЧЕНИЕ ЖИЗНИ

**28,8%** ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

**12,5%** ФОБИИ

**6,8%** ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ  
РАССТРОЙСТВО

**5,7%** ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ  
РАССТРОЙСТВО

**4,7%** ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО

**1,6%** ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ  
РАССТРОЙСТВО

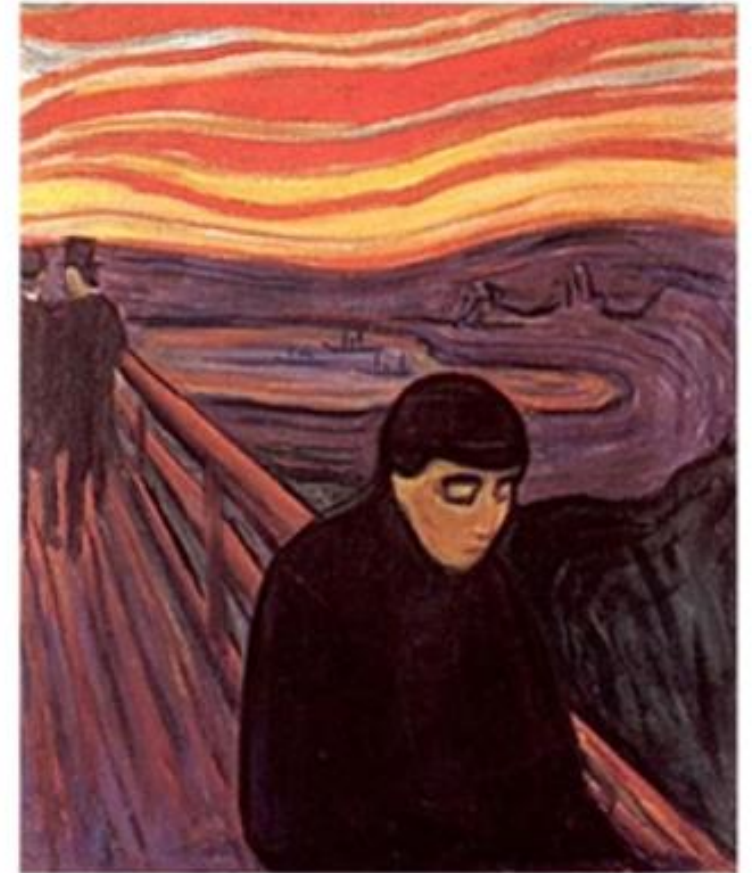
# ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА в ИСКУССТВЕ



Эдвард Мунк. Отчаянье (1892)  
Галерея Тильска. Стокгольм



Эдвард Мунк. Тревога (1894)  
Музей Мунка. Осло



Эдвард Мунк. Отчаянье (1894)  
Музей Мунка. Осло

# ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА в ИСКУССТВЕ

«Тревога», как и «Крик» относится к разделу «Страх жизни», создана после начала работы над «Криком».

Многие элементы в этих картинах общие, в т.ч. кровавое красное небо. На первом плане - три персонажа и ещё шестеро обозначены за их спинами бледными, испуганными, размытыми ликами.

«Тревога» — это коллективное отчаяние, атмосфера страха, это высшая точка тревоги, возникает ощущение, что история вот-вот разрешится драматическим финалом.

Мунк считал, что природа никогда не щадит людей и часто угрожает нашей жизни.



Эдвард Мунк (1863-1944)

# ФАКТОРЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ РОСТ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ (с 2020 года)

Потенциально угрожающая жизни ситуация

Медицинская информация

СМИ («информационный терроризм»)

Введение режима самоизоляции и социальное дистанцирование

Ухудшение экономической ситуации

# ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ (США, КИТАЙ, ИТАЛИЯ)

40% населения испытывают тревожные и тревожно-депрессивные расстройства  
до 37% диагностированные клинически значимые симптомы ПТСР

17% расстройство адаптации (реакция на стресс)

Увеличение числа доли тяжелых психотических расстройств (острые психотическая симптоматика, сверхценные и индуцированные бредовые идеи)

Увеличение количества суицидов (24,5%)

Увеличение числа людей, злоупотребляющих алкоголем

# НЕГАТИВНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТНЫЕ РЕАКЦИИ ПАЦИЕНТОВ

*Реакция утраты (Элизабет Кюблер-Росс)*

Отрицание

Агрессия с гневливым аффектом, внутренним напряжением, конфликтностью, поиском виноватых

Избегание

Подозрительность

Торг

Депрессия

Принятие



# ОТДАЛЕННЫЕ (ХРОНИЧЕСКИЕ) ПОСТКОВИДНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА



Сохраняются после 6 месяцев от момента госпитализации

63% астенические проявления

26% нарушение сна

23% тревога или депрессия

# ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА: ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ

| Паническое расстройство                                                                                                                                                                                               | Генерализованное тревожное расстройство                                                                                                                                                                     | Изолированные (специфические) фобии                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Периодические приступы тревоги</li><li>✓ В межприступном периоде ожидание повторного появления тревоги</li><li>✓ Формирование вторичного ограничительного поведения</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Тревога отмечается на протяжении большей части времен</li><li>✓ Волнообразные колебания тревоги</li><li>✓ Усиление на фоне объективных причин для тревоги</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Страх перед определенным предметом или явлением</li><li>✓ Степень негативного влияния на пациента зависит от конкретного предмета страха</li></ul> |

# ПАНИЧЕСКАЯ АТАКА



## Терминология:

Вегетативный криз (пароксизм)  
Вегетативно-сосудистый криз  
Церебральные вегетативные припадки  
Дизэнцефальные кризы  
Вегетативная эпилепсия  
Гипервентиляционные приступы  
Эмоционально-вегетативные кризы  
Панические атаки

## Паническая атака –

это симптом, характеризующийся пароксизмальной тревогой, который может возникать при различных психопатологических состояниях.

## Паническое расстройство (ПР) –

это нозологическая категория, диагностические критерии которого включают панические атаки, развивающиеся с определенной частотой. ПР часто ассоциировано с агорафобией, развивающейся как осложнение ПР



# ПАНИЧЕСКАЯ АТАКА



Быстро, внезапно возникающий симптомокомплекс разнообразных вегетативных расстройств (4 и более в течение ~10 минут).

Высокая коморбидность с инсомнией, депрессией, агорофобией и другими патологическими состояниями и заболеваниями, отягощающими состояние пациента и существенно влияющими на прогноз

**Страх смерти, страх сойти с ума, потери контроля над собой**

+

Учащенное сердцебиение, головокружение, неустойчивость  
«Ком в горле», затруднение дыхания, одышка, удушье  
Озноб, тремор, похолодание/жар в теле, потоотделение  
Спазм, напряжение в мышцах, онемение/покалывание (парестезии)  
Тошнота, абдоминальный дискомфорт  
Слабость, дурнота, предобморочное состояние  
Ощущение дереализации, деперсонализации

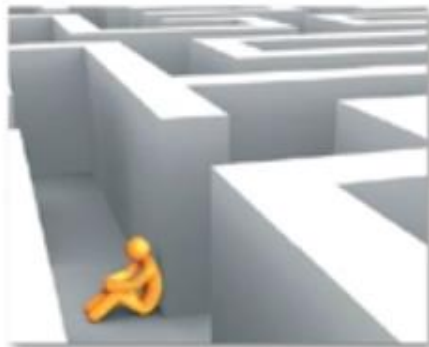


# ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО: ПОДТИПЫ и ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ



- Рекуррентные, неожиданные панические атаки
- Как минимум 1 паническая атака в месяц и как минимум 1 из следующих симптомов:
  - постоянное беспокойство о возможном возникновении атаки
  - беспокойство о последствиях атаки (потеря контроля, проблемы с сердцем, сумасшедствие и др.)
  - изменение поведения, связанное с атаками
- Панические атаки не связаны с приемом лекарств, соматической патологией, другими тревожными или психическими расстройствами
  - Ночные/ Дневные
  - Частые/Редкие
  - Типичные
  - Атипичные
    - Нестраховая (алекситимическая)
    - Когнитивная (эмоционально-аффективные проявления)
    - Дыхательная (гипервентиляционная)
    - Вестибулярная паника

# ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО



ГТР ВЫЯВЛЯЕТСЯ У КАЖДОГО **6-го** ПАЦИЕНТА  
С БОЛЬШИМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ и УСУГУБЛЯЕТ ТЯЖЕСТЬ СИМПТОМОВ

- 5% - риск развития ГТР в течение жизни
- до 8-10% - в общей медицинской практике 8%
- в 4 раза чаще у женщин

*Высокая коморбидность с другими тревожными расстройствами*

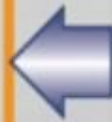
- 56% с паническим расстройством
- 35% с обсессивно-компульсивным расстройством
- 42% с социофобией

# ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО



Уровень социальной дезадаптации при ГТР  
сопоставим с таковым при рекуррентной депрессии

Приблизительно  
**треть** пациентов  
с ГТР жалуются на  
хроническую боль



Более ,чем у половины  
пациентов ГТР также  
сочетается с другими  
тревожными  
расстройствами



**72-77%** ВЫЯВЛЯЮТСЯ ВЫРАЖЕННЫЕ и ОСТРЫЕ СОСТОЯНИЯ

**ТАКОЕ ОЩУЩЕНИЕ, ЧТО ТРЕВОГА НЕ ПРОЙДЕТ НИКОГДА...**

# ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО



ГТР ВЫЯВЛЯЕТСЯ У КАЖДОГО 6-го ПАЦИЕНТА  
С БОЛЬШИМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ и УСУГУБЛЯЕТ ТЯЖЕСТЬ СИМПТОМОВ

5% - риск развития ГТР в течение жизни  
до 8-10% - в общей медицинской практике 8%  
в 4 раза чаще у женщин

*Высокая коморбидность  
с другими тревожными расстройствами*

56% с паническим расстройством  
35% с обсессивно-компульсивным расстройством  
42% с социофобией

# ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ и ПРОЯВЛЕНИЯ

## Диагностические критерии

Тревожное расстройство формируется вне зависимости от конкретного жизненного события.

Как минимум 6 из общих симптомов тревоги наблюдаются ежедневно в течение **6 и более месяцев**

- Опасения, беспокойство, волнение, тревожные ожидания
- Неспособность сдерживать опасения и беспокойство, раздражительность
- **Утомляемость, постоянная усталость**
- **Когнитивные затруднения:** трудности при сосредоточении и переключении
- Моторное напряжение (суетливость, головные боли, тремор, неспособность расслабиться)
- **Нарушения цикла «сон-бодрствование»**
- Вегетативное возбуждение (тахикардия, потливость, сухость, затруднения дыхания, тошнота, ознобы и др.)

# ФОБИИ: ОСОБЕННОСТИ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Навязчивый характер страха
- Четкость фабулы
- Интенсивность и упорность течения
- Сохранение у больного критики к своему состоянию
- Избегание ситуаций вызывающих страховую реакцию



**Нозофобия** – страх заболеть тяжелым, неизлечимым заболеванием (канцерофобия, кардиофобия, мизофобия и т.д.)

*«Некоторое время назад у меня были проблемы со здоровьем, и с тех пор в меня вселился страх: я боюсь рака. Любая царапина, шишка, малейшее недомогание — всё это говорит мне об одном: у меня рак. Я без конца хожу к врачам, прошёл десятки всевозможных обследований, но после каждого случая, когда меня уверяют, что всё в порядке, волнуюсь ещё больше. Я не могу радоваться жизни, даже просто жить нормально, как и мои близкие...»*

# ФОБИИ: ОСОБЕННОСТИ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

- Навязчивый характер страха
- Четкость фабулы
- Интенсивность и упорность течения
- Сохранение у больного критики к своему состоянию
- Избегание ситуаций вызывающих страховую реакцию



**Нозофобия** – страх заболеть тяжелым, неизлечимым заболеванием (канцерофобия, кардиофобия, мизофобия и т.д.)

**Агорафобия** – страх открытых пространств, нахождения в ситуациях/местах, которые невозможно легко покинуть скопления людей, страх остаться без ПОМОЩИ (часто сопровождается избегающим поведением, паническими атаками)



**Социофобия** – страх совершать какие-либо действия в присутствии других людей (выступать, привлекать внимание, покраснеть и т.д.)

# СОЦИОФОБИИ: ОСОБЕННОСТИ



**Тревога ожидания:** отчетливый и постоянный страх перед ситуациями, связанными с межличностным взаимодействием или публичным выполнением каких-либо действий, в которых можно столкнуться с незнакомыми людьми или подвергнуться насмешкам

**Ситуационная тревога:** попадание в фобическую ситуацию провоцирует тревожную реакцию, которая проявляется в форме ситуационно обусловленной панической атаки



**Избегание:** избегание любых фобических ситуаций; попытки их преодоления сопровождаются выраженным дискомфортом или тревогой

Имеющиеся симптомы значительно влияют на жизнь пациента и его деятельность

# ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО



**Травматический стресс** – особая форма общей стрессовой реакции, нарушающая психологические, физиологические и адаптационные возможности человека, происходит после событий, выходящих за рамки обычного человеческого опыта (войны, несчастные случаи, стихийные бедствия или сексуальное насилие)

плен,/похищение

изнасилование

др виды сексуальной агрессии

жестокое избиение

ограбление

внезапная потеря близного

угроза жизни ребенка

свидетель убийства

природные катаклизмы

3,9% населения мира на каком-то этапе жизни сталкиваются с ПТСР, чаще у женщин



У большинства людей потенциально травмирующие события (~70%) не приводят к развитию ПТСР, поддержка со стороны семьи, друзей или других людей может снизить риск развития ПТСР



# ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО



До 40% выздоравливают в течение 1го года.  
Существует множество эффективных методов лечения,  
однако в странах с низким и средним уровнем дохода  
только 1 из 4 человек обращается за лечением



Препятствует получению помощи: недостаточная осведомленность о  
возможностях лечения ПТСР, отсутствие доступа к услугам в области  
охраны психического здоровья, социальная стигматизация или  
отсутствие квалифицированных специалистов в этой области.

ПТСР более чем в 3 раза (15,3%) выше среди  
людей, имевших опыт конфликта с насилием,  
или войны, особенно высоки у лиц после  
сексуального насилия



# ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

- **Повторные** переживания травматического события в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом, ужасом, ночными кошмарами. Они могут возвращаться в виде навязчивых воспоминаний, ночных кошмаров или флешбеков – непроизвольных рецидивирующих воспоминаний с иллюзиями или галлюцинациями. Во время флешбеков человек может на мгновение поверить, будто он вернулся во время травмирующего события, переживая его снова и действуя соответствующим образом
  - **Избегание** мыслей и воспоминаний о событии, либо деятельности или ситуаций, напоминающих событие для того, чтобы избежать болезненных воспоминаний. Однако это может с течением времени привести к более интенсивному повторению симптомов и закреплению ПТСР.
- Состояние субъективного ощущения сохраняющейся **угрозы в виде гипернастороженности** или усиленных реакций испуга (вздрагивание и страх на резкие движения или громкие звуки). Повышенное чувство опасности, даже если им ничего не угрожает, гипертрофированная бдительность (постоянное сканирование окружающей обстановки на наличие потенциальных источников опасности или необходимости всегда сидеть спиной к стене при нахождении в общественных местах).

Симптомы ПТСР обычно проявляются сразу или в течение первого месяца после травматического события, длятся не менее нескольких недель и вызывают значительное ухудшение **функционирования**. ПТСР может также сопровождаться депрессивным, тревожным расстройством или расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, а также суицидальным настроением и поведением.

# ТРЕВОГА: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

учащенное сердцебиение  
приливы жара или холода  
потливость, холодные и влажные ладони  
ощущение «кома» в горле, сухость во рту  
чувство нехватки воздуха, боли в груди  
тошнота, понос, боли в животе  
головокружение, предобморочное состояние  
тремор, мышечные подергивания,  
учащенное мочеиспускание  
снижение либидо, импотенция.

тревога, страхи  
беспокойство по мелочам  
раздражительность и нетерпеливость  
ощущение напряженности, скованность  
неспособность расслабиться  
ощущение взвинченности  
невозможность сконцентрироваться  
ухудшение памяти  
трудности засыпания и нарушения сна  
быстрая утомляемость

Разная степень выраженности симптомов,  
продолжительная длительность проявлений  
**Тревожные проявления развиваются при отсутствии  
стрессорных факторов, они не поддаются контролю**  
Тревожные проявления нарушают физическое,  
социальное или профессиональное функционирование



# НЕВЕРБАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ТРЕВОГИ

- Разнообразные телесные ощущения (жар, холод, температурный дискомфорт)
- Суебливость, неустойчивость, 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

# ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Тревожные расстройства не всегда диагностируются

Объективные трудности выявления и идентификации тревожного расстройства и его отдельных подтипов связаны с многочисленностью и противоречивостью жалоб пациентов

Тревожность пациентов необоснованно трактуется как естественный ответ на тяжелое заболевание или как естественная эмоциональная реакция на физический недуг

# ПАЦИЕНТ с ТРЕВОГОЙ: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ



- Тревожные расстройства часто не выявляются, что в т.ч. связано с многочисленностью и противоречивостью 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



# 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**, аминофенилмасляная кислота, гидроксизин)
- 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»)

## ОСНОВНЫЕ СТРАТЕГИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ТРЕВОГИ

## Транквилизаторы

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

## Антидепрессанты

## Малые нейролептики

## Антиконвульсанти

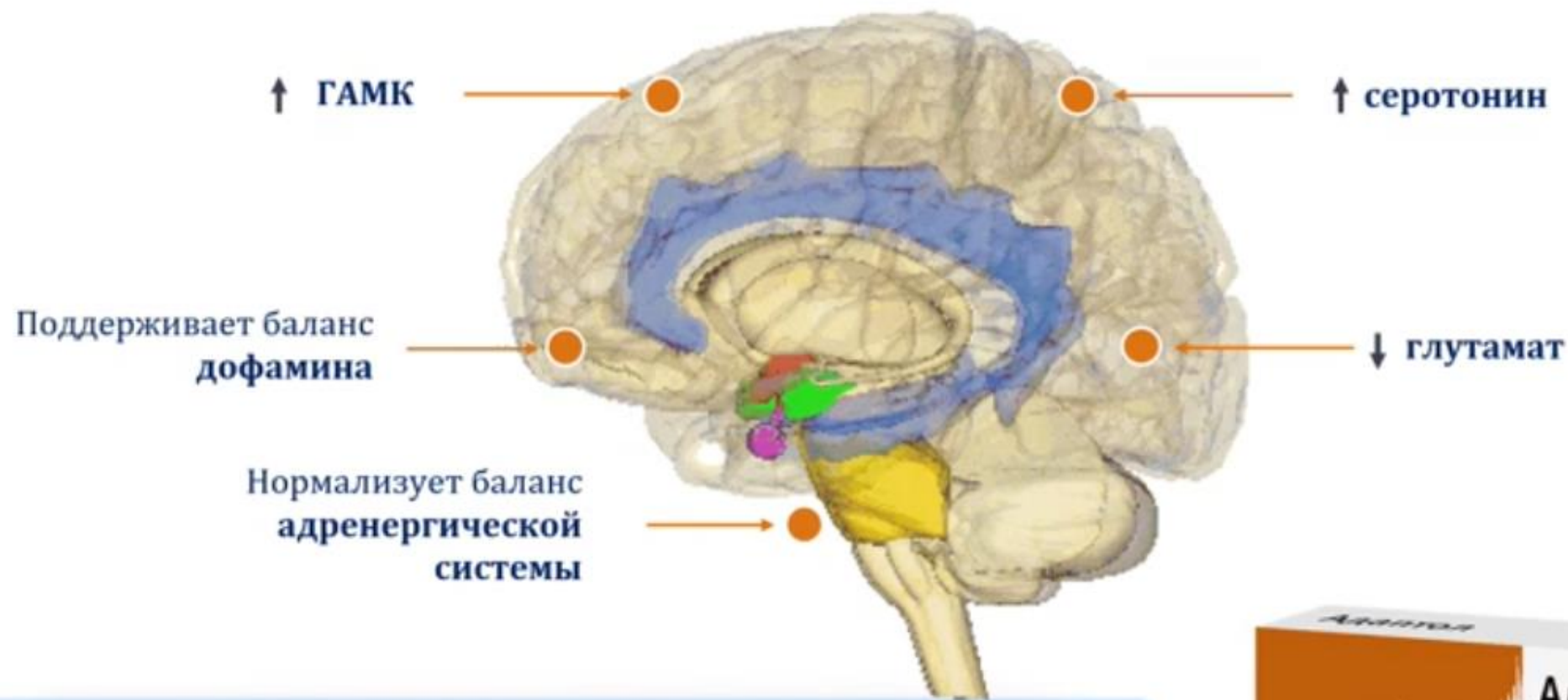
*Показания к применению  
бензодиазепиновых транквилизаторов:*

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

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

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

# 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

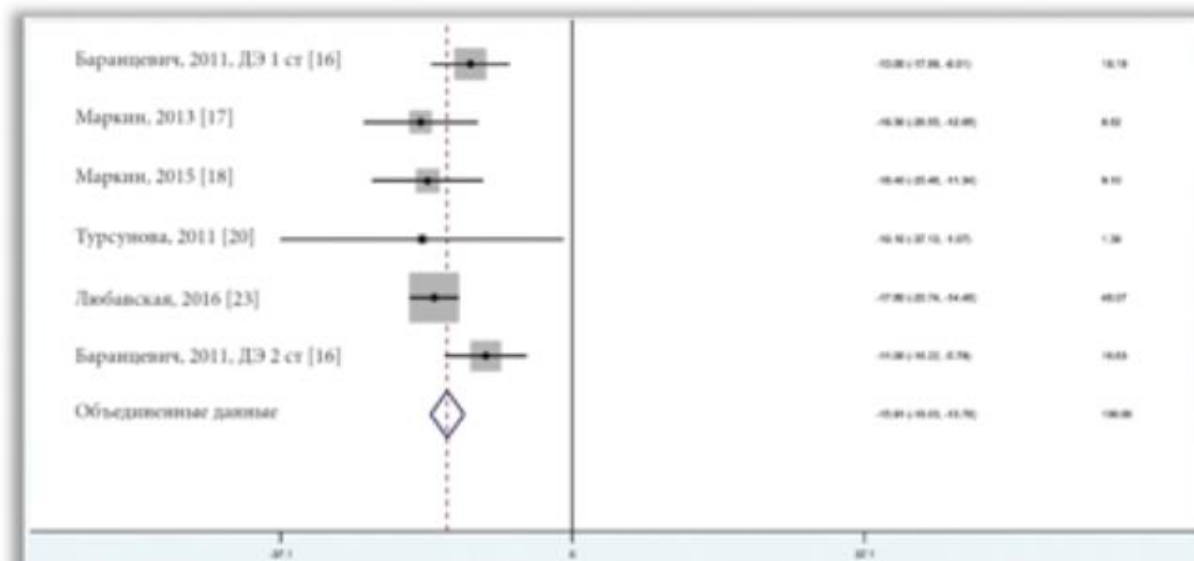
Адаптивный и стресспротективный

Регуляция нейротрансмиссии

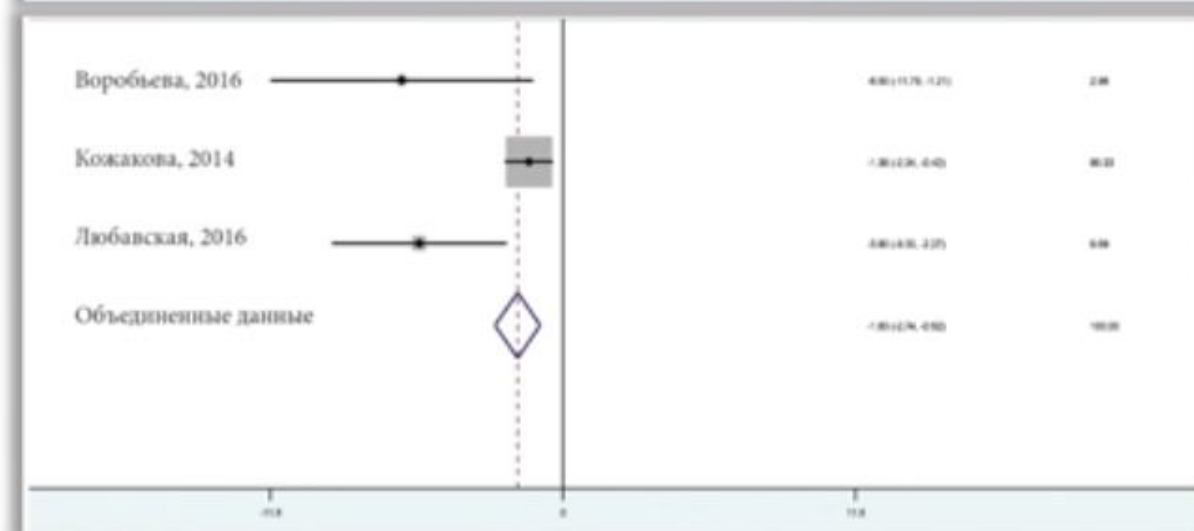
Активирующий и антиастенический

Регулирующее, антиэксайтотоксическое

# ДИНАМИКА ТРЕВОГИ на ФОНЕ ТЕРАПИИ АДАПТОЛОМ



**Динамика реактивной тревожности по шкале Спилбергера – Ханина.**



**Динамика тревожности по шкале HADS-A.**

# СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ТРЕВОГИ И НОРМАЛИЗАЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОГО БАЛАНСА ПРИ ПРИЁМЕ АДАПТОЛА

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



НЦА – нейродистония, 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)

# 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

# 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, H<sub>1</sub>-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: 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® — курс терапии до 3 месяцев

300-500 мг 2-3 раза в день



## 1-й месяц



### Восстановление баланса нервной системы<sup>2</sup>

Нормализация настроения, возвращение  
интереса к жизни, восстановление  
трудоспособности

## 2-й месяц



### Стабилизация эффекта — более стойкая ремиссия<sup>2</sup>

## 3-й месяц



### Усиление положительных эффектов:

Физическая и психологическая  
устойчивость к стрессовым ситуациям<sup>2</sup>

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.

# КОГДА ПАЦИЕНТУ НУЖЕН ПСИХИАТР?

- Психотический уровень тревоги, «помешательство сомнений» 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!**