

23. *Рогозина М. А., Подвигин С. Н., Дилина А. М.* О раннем выявлении и терапии астенических расстройств у студентов медицинского вуза // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2009. – № 35. – С. 217–221.
24. *Соловьева А. Д., Буячинская А. И.* Грандаксин в лечении предменструального синдрома // Лечение нервных болезней. – 2001. – № 3 (5). – С. 29–31.
25. *Стаценко М. Е., Говоруха О. А.* Влияние грандаксина на показатели качества жизни и темп реабилитации больных с сердечной недостаточностью, перенесших инфаркт миокарда // Лекарственный вестник. – 2004. – Т. 3, № 2 (18). – С. 23–28.
26. *Чёрная Н. А., Поплавская О. В., Филонский Г. О., Ковалев В. А.* Распространённость признаков астении среди студентов медицинского вуза // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2016. – № 4. – С. 35–37.
27. *Шакирова И. Н., Дюкова Г. М.* Астения – междисциплинарная проблема // Трудный пациент. – 2012. – Т. 10, № 5. – С. 15.
28. *Bond A., Lader M. A.* Comparison of the psychotropic profiles of tofisopam and diazepam // Eur J. Clin. Pharmacol. – 1982. – Vol. 22 (2). – P. 137–142.
29. *Bruce S. E., Vasile R. G., Goisman R. M., Salzman C., Spencer M., Machan J. T., Keller M. B.* Are Benzodiazepines Still the Medication of Choice for Patients with Panic Disorder with or Without Agoraphobia? // Am J. Psychiatry. – 2003. – Vol. 160. – С. 1432–1438.
30. *Fisher J., Sanyal C., Frai D., Sketris I.* The intended and unintended consequences of benzodiazepine monitoring // Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics. – 2012. – Vol. 37. – С. 7–21.
31. *Nielsen M., Hansen E. H., Götzsche P. C.* What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors // Addiction. – 2011. – Vol. 107. – С. 900–908.
32. *Wittchen H-U., Jacobi F.* Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies // Eur. Neuropsychopharmacol. – 2005. – Vol. 15 (4). – P. 357–376.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БУСПИРОНА (СПИТОМИНА) ПРИ ТЕРАПИИ КОМОРБИДНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ю. В. Цыбуля, О. В. Поплавская, А. В. Кожанов

**Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии,
психиатрии-наркологии ФУВ ВолгГМУ**

По данным многочисленных исследований, наиболее распространенными формами психических расстройств в популяции являются тревожные (около 10 % населения) и депрессивные (около 5 % населения). Очень часто депрессивные расстройства сочетаются с тревожными расстройствами: генерализованным тревожным расстройством, паническим расстройством, фобическими тревожными расстройствами. В МКБ-10 выделена рубрика: Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2). Указывается, что «данная категория должна использоваться, когда присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие по отдельности не являются отчетливо доминирующими».

При наличии у пациентов симптомов депрессии и тревоги можно говорить о наличии коморбидности. Коморбидность (лат. *co* – приставка *вместе*, *morbus* – болезнь) – сосуществование двух и/или более синдромов (транссиндромальная коморбидность) или заболеваний (транснозологическая коморбидность) у одного пациента, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени (хронологическая коморбидность).

Понятие коморбидности (comorbidity) впервые предложил А. R. Feinstein (1970), выдающийся американский эпидемиолог. Он предполагал о наличии дополнительной клинической симптоматики, которая уже имеет-

ся или может появиться самостоятельно, помимо текущего заболевания, но отличается от него.

Коморбидность депрессивных и тревожных расстройств всегда затрудняет диагностику, приводит к резистентности к терапии, утяжеляет течение заболевания, повышает суицидальный риск, ухудшает прогноз и социальную адаптацию.

По данным эпидемиологических исследований, панические расстройства встречаются у 22–90 % пациентов с депрессией, а депрессивные расстройства выявляются у 62 % пациентов с генерализованным тревожным расстройством.

В МКБ-10 паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность) характеризуется повторными приступами тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и поэтому непредсказуемы. Общими являются неожиданно возникающие сердцебиение, боли в груди, ощущение удушья, головокружение и чувство нереальности. Отмечается вторичный страх смерти, потери самоконтроля или сумасшествия. Обычно атаки продолжаются минуты, хотя временами и более длительное время. Паническая атака часто приводит к постоянному страху возникновения другой атаки. Если паническая атака возникает в толпе, транспорте, больной может в дальнейшем избегать эту ситуацию.

Для использования этой рубрики необходимо, чтобы несколько тяжелых атак вегетативной тревоги возникали на протяжении около месяца:

- а) при обстоятельствах, не связанных с объективной угрозой;
- б) атаки не должны быть ограничены известными или предсказуемыми ситуациями;
- в) между атаками состояние должно быть сравнительно свободным от тревожных симптомов.

Основной чертой генерализованного тревожного расстройства является тревога, которая носит крайне выраженный и стойкий

характер, но не ограничивается какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникает с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах.

Как и при других тревожных расстройствах доминирующие симптомы очень вариabельны, но частыми являются жалобы на чувство постоянной нервозности, дрожь, мышечное напряжение, потливость, сердцебиение, головокружение и дискомфорт в эпигастральной области. Часто выражаются страхи, что больной и его родственник скоро заболеют, или с ними произойдет несчастный случай, а также другие волнения и дурные предчувствия. Это расстройство более характерно для женщин и часто связано с хроническим средовым стрессом. Течение имеет тенденцию к волнообразности и хронификации.

У больного с генерализованным тревожным расстройством должны быть первичные симптомы тревоги большинство дней за период, по крайней мере, несколько недель подряд, а обычно несколько месяцев.

Эти симптомы обычно включают:

- а) опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении;
- б) моторное напряжение (суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться);
- в) вегетативную гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту).

Основными препаратами, которые используются в терапии депрессивных состояний, являются антидепрессанты. К сожалению, эффективность современных антидепрессантов при депрессиях оценивается в 55–60 %, а при тяжелых депрессивных расстройствах этот показатель снижается до 40–50 %.

При лечении депрессивных расстройств выделяют три этапа:

- 1) купирующая терапия, направленная на быстрое купирование депрессивной симптоматики;

- 2) поддерживающая терапия, направленная на стабилизацию состояния и предупреждение обострения;
- 3) профилактическая терапия, направленная на предупреждение рецидива.

Продолжительность первого этапа терапии составляет обычно 30 дней, второго – до 6 месяцев. Отсутствие поддерживающей терапии в течение шести месяцев может привести к возобновлению депрессивной симптоматики у 50 % пациентов. Профилактическая терапия может продолжаться до двух лет, при ее отсутствии, по некоторым данным, рецидив депрессии может возникнуть за этот период в 75 % случаев.

По данным John W. G. Tiller, у 70 % пациентов после 2 депрессивных эпизодов возникает третий, у 90 % пациентов после 3-го эпизода возникают последующие рецидивы. Чаще всего рецидивы наблюдаются при коморбидных расстройствах.

При наличии коморбидных депрессии тревожных расстройств целесообразна комбинированная терапия антидепрессантов с транквилизаторами. Противотревожный эффект наиболее выражен у бензодиазепиновых транквилизаторов: диазепам, клоназепам, алпрозолам, феназепам и др. Однако бесконтрольное длительное применение этих препаратов часто приводит к формированию зависимости. Поэтому рекомендуется применять эти препараты не более четырех недель, обычно для купирования тревоги и нарушений сна, в первые недели приема антидепрессантов. Кроме того, эти препараты обладают выраженным седативным и миорелаксирующими эффектами. В настоящее время большинство бензодиазепиновых транквилизаторов внесено в список III Перечня, что значительно ограничивает их применение.

В настоящее время стратегии лечения депрессивных расстройств предполагают продолжительное применение терапии с целью предупреждения рецидива. При наличии коморбидных тревожных симптомов нередко возникает необходимость длительного приема транквилизаторов, иногда несколько ме-

сяцев. Использование бензодиазепиновых транквилизаторов ограничено неделями, а используемые в настоящее время небензодиазепиновые транквилизаторы не всегда эффективны. Сравнительно недавно в нашей стране появился препарат буспирон (спитомин), являющийся представителем класса серотонинергических анксиолитиков – азапионов. Буспирон (спитомин) проявляет высокую родственность к пресинаптическим 5HT_{1A}-рецепторам и является частичным агонистом постсинаптических 5HT_{1A}-рецепторов ЦНС. Буспирон, в отличие от бензодиазепинов, не вызывает привыкания, не проявляет миорелаксирующего действия, а после завершения курса лечения не развиваются симптомы отмены. Необходимо отметить, что противотревожный эффект у буспирона (спитомина) проявляется между 7-м и 14-м днями терапии.

Максимальный эффект наступает приблизительно через четыре недели после начала лечения. Установлено, что буспирон в три раза реже вызывает сонливость, чем диазепам. Препарат не потенцирует действие алкоголя.

Интересно, что буспирон (спитомин) при усилении тревоги, при гиперактивности серотонинергической системы, стимулирует пресинаптические 5HT_{1A}-рецепторы, которые блокируют выброс серотонина и, таким образом, влияет на нейромедиаторные механизмы развития тревоги. Но при депрессивных расстройствах, сопровождающихся снижением синаптической концентрации серотонина, буспирон как агонист взаимодействует с постсинаптическими 5HT_{1A}-рецепторами, способствуя активации серотонинергических рецепторов.

Особенности механизма действия буспирона дает возможность одновременного назначения буспирона и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗ). Одновременное применение буспирона и СИОЗ ускоряет терапевтический эффект. Ценным является то, что буспирон предотвращает избыточную серотониновую актив-

ность, которая может появляться при применении СИОЗ как серотониновый синдром. Но препарат не предназначен для монотерапии депрессивных расстройств. Его не следует применять одновременно с бензодиазепиновыми транквилизаторами, ингибиторами МАО.

Бупирон быстро всасывается. Период равновесной плазменной реакции достигается через 1–1,5 часа. Период полувыведения составляет от двух до трех часов.

Препарат не рекомендуется принимать при:

- глаукоме закрытого типа;
- нарушениях печени и почек с тяжелым течением;
 - эпилепсии;
 - поражениях дыхательной системы;
 - миастении;
 - во время беременности;
 - кормлении грудью;
 - возрасте менее 18 лет.

Бупирон выпускается в таблетках по 10 мг. Начальная доза составляет 15 мг, эффективной обычно является доза 20–30 мг в сутки, разделенная на 2 приема. Максимальная доза может быть увеличена до 60 мг в сутки. Таблетки следует принимать в одно и то же время суток, независимо от приема пищи.

Под нашим наблюдением находилось 14 пациентов с коморбидными расстройствами. Из них у 8 пациентов отмечалось депрессивное расстройство и паническое расстройство, у 6 пациентов депрессивное и генерализованное тревожное расстройство. Из них 11 пациентов женского пола и 3 – мужского. Возраст пациентов от 26 лет до 48. 7 пациентов принимали пароксетин в дозе от 20 мг до 40 мг в сутки и спитамин по 10 мг три раза в день. Сертралин назначался 4 пациентам в дозе от 50 мг до 100 мг в сутки и бупирон – по 10 мг три раза в день. Три пациента принимали феварин 100 мг в сутки и бупирон – по 10 мг два раза в день. Срок наблюдения за пациентами от 30 дней до 5 месяцев.

Практически у всех пациентов с коморбидными депрессивными и паническими

расстройствами отмечалось значительное улучшение с исчезновением панических симптомов и значительным уменьшением депрессивной симптоматики. У пациентов с коморбидными депрессией и генерализованным тревожным расстройством отмечалось значительное уменьшение депрессивных симптомов, но симптомы тревоги, хотя и значительно меньшей интенсивности, периодически возобновлялись.

Результат от применения бупирона и одновременного приема пароксетина при коморбидных расстройствах представлен в следующем клиническом случае.

Пациентка Ф., 28 лет, образование высшее, находилась на лечении в психотерапевтическом отделении с 04.09.2016 г. по 13.10.2016 г. с диагнозом: Рекуррентное депрессивное расстройство средней степени с паническими атаками.

Наследственность психопатологически неотягощена. С детства отличалась стеснительностью, робостью. В школу пошла с 7 лет, училась хорошо. Закончила 11 классов, затем строительное училище. После окончания училища работала инженером ОТК на заводе, училась в ВолгАСУ заочно. Получила высшее образование. Во время госпитализации в психотерапевтическое отделение работала ведущим инженером в ЖКХ. 27 мая 2016 г. вышла замуж. Проживает с мужем и родителями. Отношения в семье хорошие, но отмечает, что ей не хватает «тепла и внимания» от мужа. Себя характеризует справедливой, «вспыльчивой, но отходчивой», тревожно-мнительной.

Из перенесенных заболеваний отмечает: пневмония в детстве, ОРВИ. Наблюдается гинекологом по поводу воспалительного заболевания. ЧМТ, вирусные гепатиты, судорожные приступы, оперативные вмешательства отрицает. Лекарственной непереносимости не отмечалось. Курение, употребление спиртных напитков отрицает. Месячные с 13 лет, отмечается предменструальный синдром напряжения.

В подростковом возрасте, на фоне конфликтов у родителей, у пациентки отмеча-

лось тревожное состояние («боялась, что может что-то случиться с мамой»), с защитными ритуалами («заходя в комнату, должна была тронуть рисунок на двери, чтобы не случилось плохого»). За медицинской помощью не обращалась, страхи прошли самостоятельно.

Осенью 2015 г. у пациентки было депрессивное состояние, когда без видимой причины настроение стало подавленным, безрадостным. Нарушился ночной сон, исчез аппетит. Похудела на 5 кг. Со слов пациентки: «Все делала через силу». За медицинской помощью не обращалась. В декабре состояние нормализовалось.

В марте 2016 г., настроение вновь стала угнетенным, беспокоила «неясность в голове», появилась медлительность, «все время хотелось лежать, утром еле вставала», исчез аппетит. После перенесенного обморочного состояния, стала фиксироваться на своих ощущениях, опасаться повторного обморока, появилась тревожность. Вынуждена была взять отпуск. Летом состояние улучшилось. В конце августа 2016 г. настроение без видимой причины стало угнетенным, безрадостным. В этом же месяце, после ссоры с будущим мужем, появились приступы затрудненного дыхания, учащенного сердцебиения, со страхом смерти, агитацией. Беспокоила «тряска» в теле, подавленность, ухудшился аппетит (похудела на 5 кг), стали появляться неприятные мысли навязчивого характера («казалось, что могу выйти в окно», «вдруг ударю коллегу, которая неприятна мне»), после чего возникала паника, страх. Неоднократно вызывала скорую, стала с трудом справляться с работой, появилась плаксивость. Была на листке нетрудоспособности у терапевта по месту жительства. Вышла на работу, но работать не смогла, в связи с чем, по рекомендации терапевта, обратилась в психотерапевтическое отделение и была госпитализирована.

При поступлении в месте, времени и в собственной личности ориентирована верно полностью. Внешне опрятна. Охотно

рассказывала о своем состоянии. Настроение подавленное, отмечала тоскливость. Жаловалась на практически постоянную тревогу, «приступы паники» с чувством нехватки воздуха, учащенным сердцебиением, периодически повышением АД, «хочется куда-то бежать, что-то делать, чтобы не умереть», рассказывала, что дома постоянно измеряла пульс, говорила о навязчивом страхе смерти: «Боюсь, вдруг сердце остановится». Эмоционально лабильна. Сообщала, что появились навязчивые мысли – «боюсь подойти к окну – вдруг выйду из него», сразу после возникновения которых, начинается приступ страха и паники, «а про эти мысли забываю уже». Отмечала снижение качества жизни, подавленность, ухудшение аппетита. Фиксирована на своих ощущениях, тяготилась своим состоянием. Суицидальные мысли отрицала – «хочу жить, рожать детей». Память, внимание не нарушены. Бреда, галлюцинаций не обнаруживала. Искала помощи.

В отделении первое время оставалась тревожной, отмечала навязчивые мысли, страх ухудшения состояния. К назначенным препаратам относилась с недоверием, искала сведения о них в интернете, коррекции подавалась с трудом. Постепенно состояние улучшилось. Стала спокойной, навязчивости практически исчезли. В дальнейшем состояние нормализовалось, настроение стало ровным, исчезли тревога, страхи, навязчивости. Стала активной общительной, восстановился сон. Довольна своим состоянием. Планы реальные. Выписана в сопровождении мужа.

Проводилось лечение: пароксетин 20 мг утром 20 мг, когнитивно-поведенческая психотерапия, буспирон по 10 мг два раза в день.

Катамнез (в течение 5 месяцев). Пациентка продолжает прием пароксетина 20 мг утром и буспирона – по 10 мг два раза в день. Продолжает работать, с работой легко справляется. Настроение ровное. Сон и аппетит в норме. Панических атак не было. Переносимость препаратов хорошая, побочных эффектов не было.

Наш опыт применения буспирона при коморбидных психических расстройствах демонстрирует его достаточную эффективность. Важным является возможность длительного применения этого препарата. Можно предположить, что применение буспиро-

на, согласно нашим наблюдениям, более эффективно при коморбидных депрессивных и панических расстройствах. Также можно отметить эффективность буспирона при комбинированной с антидепрессантами терапии резистентных депрессивных расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дзампаев А. Т., Суворова И. А., Дамулин И. В. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – № 8. – С. 94–104.
2. Дробижев М. Ю., Федотова А. В., Кикта С. В. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2014. – № 11, Вып. 2. – С. 15–21.
3. Смугевич А. Б. Психосоматические расстройства в клинической практике. – М.. – 2016. – С. 552.
4. John W. G. Tiller. Depression and anxiety // MJA Open. – 2012. – Vol. 1, Sup. 4. – С. 28–32.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ПАНТОГАМ АКТИВ»

Н. Я. Оруджев, Н. А. Черная, В. В. Ростовщиков

Волгоградский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсом психиатрии, психиатрии-наркологии ФУВ

В настоящее время в арсенале психиатров и неврологов находится большое количество метаболических препаратов, которые хорошо себя зарекомендовали в клинической практике. Внедрение в практику препаратов метаболической терапии (ноотропов) явилось прорывом в медикаментозной терапии нервных и психических заболеваний. Одними из наиболее существенных свойств всех ноотропных препаратов являются положительное нейрометаболическое действие, усиление биоэнергетики нервной клетки, способность продуцировать энергию в условиях гипоксии и защита мозга от ноцицептивного воздействия гипоксии [1], а также взаимодействие с нейромедиаторными системами мозга, увеличение содержания ацетилхолина в синаптических окончаниях и плотность холинергических рецепторов. Нейрометаболические стимуляторы улучшают проникновение через гемато-энцефалический барьер и

утилизацию глюкозы, улучшают обмен нуклеиновых кислот, активируют синтез АТФ, белка и РНК. Ноотропы оказывают мембраностабилизирующее, антиоксидантное, антигипоксическое и нейропротективное действие. Значительную роль играет улучшение микроциркуляции в головном мозге за счет оптимизации пассажа эритроцитов через сосуды микроциркуляторного русла и ингибирования агрегации тромбоцитов. Кроме того, ноотропы обладают анксиолитическим, седативным, противосудорожным, миорелаксирующим свойствами. Но все же применение этой группы препаратов больше использовалось в неврологической практике, чем психиатрической, а использование ноотропов в общетерапевтической практике было скорее исключением, чем правилом. Перечисленные свойства ноотропов играют важную роль при назначении препаратов этой группы при лечении острой патологии сосудистой,