



клинические исследования,
актуальные для врачей поликлиник

Лечения тревоги у пациентов старших возрастных групп: клиническая эффективность применения анксиолитика небензодиазепинового ряда Афобазол

Н. К. Горшунова, Д. Н. Украинцева

Курский государственный медицинский университет, Курск

Актуальность проблемы тревожных расстройств и их терапии определяется клинической гетерогенностью, высокой распространенностью тревожных переживаний, что подтверждается данными эпидемиологических исследованиях, проведенных в России, клиническим опытом врачей самых разных специальностей. Тревога является одной из наиболее распространенных адаптационных реакций организма на ситуации угрозы, неопределенности или изменение жизненного стереотипа.

Нормальная тревога усиливается в условиях высокой значимости выбора, при внешней угрозе, недостатке информации и времени. Помимо психологически понятных тревожных реакций, тревога входит в качестве основного симптома в клинические проявления разнообразных состояний с высокой вариабельностью степени выраженности тревоги и продолжительности этого расстройства. Неспецифический характер симптомов тревоги определяет их принадлежность к различным синдромам в рамках как психиатрической, так и соматической патологии.

Патологическая тревога обусловлена внутренними психологическими и физиологическими причинами, приобретенными особенностями функционирования центральной нервной системы. Она непропорциональна реальной угрозе или не связана с ней, а главное – не адекватна значимости ситуации и резко снижает продуктивность и адаптационные возможности. К психическим симптомам тревоги относят собственную тревогу, дурные предчувствия, пугливость, неоправданное беспокойство по раз-

личным причинам, раздражительность и нетерпеливость, напряженность, невозможность расслабиться, снижение способности концентрировать внимание, ухудшение памяти, нарушение сна. Соматические проявления тревоги включают вегетативные симптомы, симптомы, связанные с хроническим мышечным напряжением, а также псевдоаллергические симптомы – зуд, крапивница, бронхоспазм.

Лица с соматическими проявлениями тревоги обращаются к врачам различных специальностей и обычно получают терапию, направленную на коррекцию физиологических функций и симптомов, нередко в виде полипрагмазии. Высокий уровень тревоги может не только имитировать соматические заболевания, но повышать риск и ухудшать прогноз заболеваний, действительно имеющих место у пациента, в частности сердечно-сосудистых, при этом тревожно-депрессивные расстройства могут быть первичными, т.е. предшествовать заболеванию сердечно-сосудистой системы, могут сопутствовать ему или же развиваться вторично на его фоне. Формирование аффективных нарушений при сердечно-сосудистой патологии может быть связано как с осознанием факта заболевания, так и с его длительностью, выраженностью клинических проявлений, особенностями кардиального болевого синдрома. При этом 50-90% пациентов с указанными расстройствами не получают адекватной терапии даже при своевременном установлении диагноза. Хроническая тревога ухудшает результаты и затрудняет реабилитацию, снижая качество жизни больных, страдающих артериальной гипер-

тонией, последствиями острого нарушения мозгового кровообращения, при ИБС является предиктором повторных инфарктов миокарда, внезапной коронарной смерти, вызванной фибрилляцией желудочков, ограничивает активность больных, снижает эффективность лечебных мероприятий.

Важной задачей врача общей практики как лица «первого контакта» с «проблемами» больного является выявление субсиндромальной, патологической тревоги, разъяснение пациенту болезненного характера его переживаний и необходимости лечения. Целью терапии повышенной тревоги является устранение основных симптомов – хронического беспокойства, мышечного напряжения, вегетативной гиперактивности и нарушений сна. Принцип медикаментозного лечения тревоги заключается не в коррекции соматических и психических симптомов, а в назначении препаратов с противотревожным (анксиолитическим) эффектом, которые должны отвечать следующим требованиям: эффективность, безопасность и хорошая переносимость при длительном приеме, минимальные лекарственные взаимодействия, быстрое начало действия, возможность быстрой отмены без возникновения «синдрома отмены».

Селективным анксиолитиком, лишенным побочных действий бензодиазепиновых транквилизаторов: гипноседативного действия, миорелаксирующего эффекта, расстройств памяти и др., является Афобазол. Результаты клинических испытаний показали, что Афобазол обладает сочетанным противотревожным, вегетостабилизирующим и умеренно выраженным активиру-



ющим эффектами, устраняет болезненные телесные ощущения, связанные с тревогой и тревожно-депрессивными нарушениями. Афобазол характеризуется хорошей переносимостью, не вызывает дневной сонливости, миорелаксации, не ухудшает, а в ряде случаев восстанавливает нарушенные когнитивные функции, при приеме препарата не развивается привыкания и «синдрома отмены», эффективность препарата не зависит от пола и возраста пациентов. Мониторинг показателей безопасности свидетельствует о возможности применения Афобазола у пожилых, ослабленных больных в общемедицинской сети, в частности у пациентов с артериальной гипертонией.

Увеличение абсолютного и относительного числа лиц пожилого и старческого возраста в общей структуре населения, неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, связанная с артериальной гипертонией, высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств при данной патологии, определяют актуальность исследования эффективности анксиолитика нового поколения Афобазола с целью нормализации психологического статуса, улучшения социально-психологической адаптации, повышения качества жизни.

Цель работы

Исследовать клиническую эффективность применения Афобазола для коррекции тревоги у пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией, установить динамику выраженности психического, соматического компонентов тревоги в ходе лечения данным анксиолитиком.

Материалы и методы

Исследуемый контингент составили 25 человек, страдающих артериальной гипертонией в возрасте 60–89 лет (средний возраст – 71,12±8,23), среди которых пожилых – 16 человек (средний возраст 66±4,62), старых – 9 человек (средний возраст – 80,22±4,21). Следует отметить преобладание лиц женского пола (n=22, 71,05±8,57 лет), имеющих среднее специальное образование, проживающих с семьей. Проводились оценка жалоб, анамнестических показателей, объективное обследование пациентов, определение степени выраженности полиморбидности (индекс «число заболеваний/один больной», Лазебник Л. Б., 2000).

Оценку исходного состояния и



Режим дозирования лекарственного препарата

АФОБАЗОЛ (афобазол)

Применяется внутрь, после еды. Оптимальные разовые дозы препарата - 10 мг, суточные - 30 мг, распределенные на 3 приема в течение дня. Длительность курсового применения препарата составляет 2-4 недели. При необходимости суточная доза препарата может быть увеличена до 60 мг.

Представлена краткая информация производителя по дозированию лекарственных средств у взрослых. Перед назначением препарата внимательно читайте инструкцию.

Таблица 1. Динамика показателей HARS-14 у всех наблюдаемых больных

Показатель	До начала лечения	На 28-й день
Общая тревога	20±1,87	9,96±2,44*
Психическая тревога	10,92±1,38	5,76±1,64*
Соматическая тревога	9,04±1,02	4,2±1*

Примечание.*- достоверность различий по сравнению с показателем до лечения при p<0,001.

Таблица 2. Динамика показателей HARS-14 у респондентов

Показатель	До начала лечения	На 28-й день
Общая тревога	19,71±1,49	8,71±1,53*
Психическая тревога	10,76±1,15	4,88±0,93*
Соматическая тревога	8,88±0,99	4,11±1,27*

Примечание.*- достоверность различий по сравнению с показателем до лечения при p<0,001.

динамику уровня тревожности на фоне лечения Афобазолом осуществляли до начала терапии и на 28 день с помощью шкалы тревоги Гамильтона HARS-14 (Hamilton M., 1959), валидизированной методики, позволяющей провести количественную оценку степени выраженности тревоги. Оценку эффективности терапии также оценивали с помощью шкалы общего клинического впечатления (CGI, Guy W., 1976), позволяющей измерить выраженность расстройства и его редукцию в динамике (CGI-S и CGI-I). В начале лечения оценивалась только выраженность заболевания (CGI-S), в процессе лечения – степень изменения состояния пациента (CGI-I). Кроме того, для оценки уровня тревожности использовали шкалу Спилбергера-Ханина, позволяющую дифференцировано измерять тревожность и как свойство личности, и как состояние в какой-то определенный момент, шкалу самооценки тревоги Шихана. Для определения уровня выраженности стресса в повседневной жизни применяли шкалу оценки жизненных событий Holmes и Rahe (1967). Критериями включения пациентов в исследование являлись высокий уровень ситуационной (реактив-

ной) тревожности по шкале Спилбергера-Ханина (выше 45 баллов), уровень тревоги выше 30 баллов по шкале самооценки тревоги Шихана, наличие жалоб на тревожные переживания, чувство напряженности, неспособность расслабиться, нарушение сна, информированное согласие на прием препарата. Критерии исключения определялись наличием противопоказаний для назначения Афобазола, включенных в инструкцию по медицинскому применению препарата, отсутствием соматических, инфекционных, неврологических заболеваний в острых стадиях, отказом от приема лекарственного средства. Длительность лечения составляла 28 дней (4 недели активной терапии). Согласно результатам проведенных клинических исследований [5,6] таблетки Афобазола назначались в фиксированной разовой и суточной дозе – по 1 таблетке (10 мг) 3 раза в день утром, днем и вечером, после еды. Основным критерием эффективности терапии Афобазолом являлась редукция общего балла шкалы HARS-14. При этом пациенты с редукцией суммарного балла HARS-14 на 50% и более относительно исходного уровня расценивались как респонденты, с редукци-

ВСЁ СЛОЖИТСЯ!

новый оригинальный
отечественный
препарат

абсолютно
селективный анксиолитик

небензодиазепинового
ряда

АФОБАЗОЛ®

НЕ ТОКСИЧЕН

НЕ ФОРМИРУЕТ лекарственной
зависимости

НЕ РАЗВИВАЕТСЯ синдром отмены

УСТРАНЯЕТ

- ✓ тревогу
- ✓ раздражительность
- ✓ плаксивость
- ✓ чувство беспокойства
- ✓ страх

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

- ✓ генерализованные тревожные расстройства
- ✓ тревожные расстройства при заболеваниях:
сердечно-сосудистой системы,
органов дыхания, органов пищеварения
- ✓ неврастения
- ✓ расстройства адаптации

УЛУЧШАЕТ

память, способность к концентрации внимания

**ОТПУСКАЕТСЯ
БЕЗ РЕЦЕПТА!**

Действие АФОБАЗОЛА отчётливо
наблюдается на 5-7 день от начала
лечения. Максимальный эффект
достигается к концу 4 недели лечения

 **Мастерлек**
РОССИЙСКАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ КОМПАНИЯ

ЗАО «Мастерлек»
Россия, 127473, г. Москва,
1-й Волконский пер., д. 11, стр. 2,
тел.: (495) 207-56-39,
отдел продаж - (495) 781-10-94



www.afobazol.ru



ей на 25%-50% – частичные респонденты, менее 25% – нон-респонденты

Статистическая обработка результатов исследования произведена с использованием программы BIO-STAT, критерия Стьюдента.

Результаты исследования

До начала лечения выраженность тревоги, а также ее компонентов по шкале тревоги Гамильтона соответствовала наличию симптомов тревоги, а также тревожному состоянию умеренной тяжести, средний уровень тревоги по данным шкалы самооценки тревоги Шихана составлял $47,8 \pm 8,49$, уровень реактивной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина – $61,16 \pm 8,77$. Все пациенты, включенные в исследование, полностью завершили курс лечения. Анализ динамики показателей HARS-14 выявил их редукцию в процессе лечения. По окончании применения Афобазола число респондентов составило 17 человек (68%), частичных респондентов – 8 (32%). Доля пациентов с ремиссией, оцениваемой как уровень общего балла HARS-14 ≤ 7 , составила 8% ($n=2$). Данный анксиолитик действовал как на психические, так и на соматические компоненты тревоги.

Из таблицы 1 видно, что в процессе лечения Афобазолом балл психической тревоги сократился на 47,25%, соматической тревоги – на 53,54%. У респондентов редукция показателей тревоги представлена в таблице 2.

Таким образом, общий балл HARS-14 за 4 недели терапии у респондентов сократился на 55,81%, балл психической тревоги – на 54,65%, соматической – на 53,72%.

Исходная степень выраженности тревожных проявлений по CGI-S оценивалась как «легкая»-у 8% паци-

ентов, «средняя»-у 80%, «тяжелая»-у 12%. Оценка динамики по CGI-I к окончанию курса терапии анксиолитиком выявила «большое улучшение» – у 40% лиц старшего возраста, «небольшое улучшение»- у 28%, «очень значительное улучшение»- у 16%. Отсутствие улучшения отмечали 16% пациентов. Следует отметить высокий уровень личностной тревожности у всех исследуемых (средний балл по шкале Спилбергера-Ханина $65,52 \pm 6,23$), продолжающееся стрессовое воздействие у лиц старших возрастных групп с незначительным эффектом от приема Афобазола и отмечавших отсутствие улучшения, а также вклад болезненных переживаний, связанных с наличием соматической патологии (индекс полиморбидности в группе наблюдения достоверно высокий – $8,14 \pm 2,67$). Кроме того, эффективность терапии зависит от вида пограничного психического нарушения, которое сопровождается синдромом тревоги, и при тяжелом тревожном состоянии, отсутствии динамики в лечении необходима консультация психоневролога или психиатра.

Средний показатель шкалы Holmes и Rahe для выборки составил $163,57 \pm 51,24$ балла. Оценка патогенных факторов в группе свидетельствует о непосредственной связи болезненных состояний, составивших предмет исследования, с психотравмирующими ситуациями. Превалировали эмоционально неблагоприятные воздействия, связанные с травмой или болезнью, изменением в состоянии здоровья членов семьи, смертью близких людей, финансовыми проблемами.

По данным литературы спектр нежелательных явлений при приеме Афобазола представлен преимущественно симптомами психической

и вегетативной сферы, такими как нарушение сна, усиление тревоги, сонливость, головные боли, раздражительность. Анализируя переносимость и побочные эффекты терапии данным анксиолитиком, следует отметить, что наблюдаемые у пожилых пациентов с полиморбидностью явления инсомнии, тревога и раздражительность при продолжающемся стрессовом воздействии, колебание цифр артериального давления, особенно при их незначительной выраженности, не корректно расценивать как побочные действия препарата. В целом отмечалась отличная и хорошая переносимость Афобазола, что не нарушало комплаентности и не приводило к отмене препарата или коррекции дозы. Признаков неблагоприятного взаимодействия анксиолитика с антигипертензивными препаратами в ходе исследования не выявлено.

С целью повышения эффективности гипотензивных мероприятий, улучшения социально-психологической адаптации и качества жизни, необходима нормализация психологического статуса пожилых и старших людей. Полученные в ходе исследования данные позволяют рекомендовать небензодиазепиновый анксиолитик нового поколения Афобазол, отвечающий всем необходимым требованиям эффективности и безопасности, для лечения тревоги у пациентов старших возрастных групп в общемедицинской сети.