

L. I. Loboiko

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

Dynamics of psychoemotional sphere postnatal women within the context of the system “mother — a child”

The article investigates the dynamics of emotional state of women in the early postpartum period, in terms of their adaptation to motherhood, as well as interaction in the “mother — a child”. As a result, two of the survey 140 young mothers include clinical interviews and psychodiagnostic study identified particular psycho-emotional sphere of women in the early postpartum. In 65,6 % of women in the first month after birth installed symptoms of depression and anxiety low degree, which in most cases regress within 3 months after delivery. At the same time, 45 % of women identified symptoms are further developed, leading to the formation of clinically significant psychiatric conditions characterized mainly masks somatic anxiety and depressive symptoms. Trigger factor in this case is the lack of psychological readiness for motherhood support — there were problems in the relationship with her husband and lack of family support, which led to the exclusion of the “mother — a child”, a further deterioration of family relations and increase the severity of symptoms. High availability for motherhood, combined with adequate family support are protective factors that contribute to successful adaptation to motherhood, women and the formation of an optimal level of interaction in the “mother — a child”.

Key words: disorders of psycho-emotional sphere, early postpartum adaptation to motherhood, the interaction of the “mother — a child”.

УДК 616.831:616.8—008.64-07-08

Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., зам. директора по НИР, зав. отд. неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН НАМН Украины», Т. В. Панько, канд. мед. наук, вед. науч. сотрудн. отд. неврозов и пограничных состояний ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО И ОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что в структуре психической патологии тревожные расстройства являются вторыми по распространенности после расстройств настроения. Целью исследования было изучение клинко-психопатологических особенностей тревожных расстройств невротического и органического генеза и их динамика в процессе терапии.

Было обследовано 50 больных с тревожными расстройствами невротического генеза и 25 больных с тревожными расстройствами органического генеза. Установлены особенности клинической картины с учетом психической и соматовегетативной составляющих этих расстройств, различия в показателях по шкалам «Интегративный тест тревожности». Показана эффективность терапии препаратом Афобазол в сочетании с психотерапией на разных этапах лечения этих расстройств (стабилизирующем, поддерживающем и профилактическом).

Ключевые слова: тревожные расстройства, невротический и органический генез, терапия, Афобазол

Проблема психических расстройств не утрачивает своей актуальности в современных условиях вследствие двух основных аспектов: во-первых, состояние психического здоровья населения является приоритетным направлением развития медицинской науки, во-вторых, увеличивается число психических расстройств во всех странах мира. Стойкая тенденция к росту расстройств психики и поведения среди населения в последнее десятилетие обусловлена наличием множества разноплановых стрессогенных воздействий. Рост психической патологии отмечается преимущественно за счет увеличения числа пограничной патологии. Как свидетельствует анализ эпидемиологических исследований за 25 лет в 60 странах мира, среднегодовой показатель роста уровня

распространенности невротических расстройств составляет 10,80 %, в том числе в развивающихся странах этот показатель составляет 30,40 %, в развитых странах — 8,40 %, в странах Восточной Европы, в том числе в странах СНГ — 5,40 % [1—6].

Представления о распространенности расстройств психики, их генеза и классификации остаются противоречивыми. Например, S. Schnabl, ссылаясь на доклад ВОЗ, писал, что около 10,00 % населения индустриально развитых стран страдают невротическими расстройствами; в амбулаториях Нью-Йорка у 80 % пациентов выявляют невротические расстройства, у жителей западного Берлина у 65,00 % обследованных выявлены невротические симптомы [7]. По результатам российских исследований, невротические расстройства в структуре общей психической патологии составляют от 20,00 до 30,00 %; по результатам международных исследований, при проведении общемедицинских осмотров населения распространенность психических расстройств составляет в Англии — 22,00 %, в Германии — 32,70 %, в Баварии — 23,20 %, в Австралии — 14,80 %, в Норвегии — 26,60 %, в Нигерии — 22,40 %, в Канаде — до 50,00 %.

Эпидемиологические исследования показывают, что в структуре психической патологии тревожные расстройства — вторая по распространенности группа психических нарушений после расстройств настроения. Тревожные расстройства относятся к наиболее распространенным формам психической патологии. По данным эпидемиологических исследований, на протяжении жизни тревожные состояния развиваются примерно у одной четверти популяции. Симптомы патологической тревоги выявляются у 30—40 % больных, обращающихся к врачам общемедицинской практики. Тревожные расстройства часто сочетаются с депрессией и различными (преимущественно

© Марута Н. О., Панько Т. В., 2013

психосоматическими) заболеваниями, такими как язва двенадцатиперстной кишки, артериальная гипертония, ревматоидный артрит. При отсутствии адекватного лечения тревожные расстройства могут осложняться злоупотреблением алкоголем, которое, в свою очередь, может приобретать хроническое течение с формированием стойкой зависимости от алкоголя. В таких случаях эффективность терапии первичной патологической тревоги существенно снижается. Тревожные расстройства также влияют на трудоспособность. В соответствии с оценками Конфедерации индустрии Великобритании, суммарные затраты на больничные листы, связанные с любым заболеванием, достигают 10 миллионов фунтов стерлингов, а депрессия и тревога занимают третье место по частоте причин временной нетрудоспособности [8—11]. Тревожные расстройства в рамках психической патологии отмечаются при эндогенной, экзогенной и органической патологии. Их распространенность в структуре психической патологии составляет от 6 до 13,6 % и характеризуется не только сложной полиморфной клинической картиной, но и высоким уровнем инвалидности, и значительным ухудшением качества жизни [12, 13].

Тревога, по своей сути, представляет собой универсальный психофизиологический механизм, связанный с адаптацией к стрессу. Тревога оценивается либо как нормальная (адаптационная) либо как патологическая реакция [14, 15].

Нормальная тревога представляет собой чувство эмоционального дискомфорта, обусловленного неопределенностью ситуации, перспектив, угрожающей ситуацией, усиливается при повышении субъективной значимости происходящего, возрастает в условиях дефицита времени и информации. Такая тревога, как правило, непродолжительна, носит ситуационно очерченный характер и не достигает чрезмерной силы, препятствующей деятельности. Патологическая тревога также может провоцироваться внешними обстоятельствами, однако ее возникновение в большей мере определяется внутренними причинами. Патологическая тревога не связана с реальной угрозой, не соответствует сути и выраженности ситуаций. Как правило, при патологической тревоге ее проявления носят выраженный характер, тяжелые субъективные переживания имеют почти постоянный характер, что приводит к снижению продуктивной деятельности.

Проблема тревожных расстройств не является исключительной проблемой только психиатрической. В большинстве случаев пациенты с клиническими проявлениями тревоги изначально обращаются за помощью к специалистам общей медицинской практики и годами наблюдаются по поводу несуществующей (или минимально выраженной) сердечно-сосудистой или бронхолегочной патологии (типичны такие диагнозы как «атипичная бронхиальная астма», «артериальная гипертония неясного генеза», «вегетососудистая дистония» и т. д.). Несвоевременная диагностика тревожных расстройств в общей практике приводит к тому, что пациенты в течение длительного времени не получают адекватной терапии, либо не лечатся вовсе [16].

Клинические проявления тревожных расстройств характеризуются двумя группами симптомов: психи-

ческими, которые проявляются тревогой, чувством внутреннего беспокойства, ощущением внутреннего напряжения, скованности, невозможностью расслабиться, повышенной нервозностью и раздражительностью, снижением концентрации внимания и, как следствие, нарушением памяти, трудностью засыпания, нарушением ночного сна, повышенной утомляемостью и различными страхами, а также соматическими, проявляющимися учащенным сердцебиением, одышкой, ощущением сдавливания в груди и горле, ощущениями «жара или холода», повышенной потливостью, влажностью ладоней, тошнотой, расстройствами со стороны желудочно-кишечного тракта, болями в животе, головокружениями; предобморочными состояниями, внутренним тремором, мышечными подергиваниями, болями в мышцах, учащенным мочеиспусканием и снижением либидо. Наличие соматических проявлений в структуре тревожных расстройств усложняет их клиническую картину, диагностику и терапию этих расстройств, нередко приводит к тому, что пациенты обращаются за помощью к врачам интернистам, проходят повторные обследования в поисках соматической патологии. Выявленные тревожные расстройства у кардиологических больных оказывают существенное влияние на основные патогенетические механизмы прогрессирования кардиальной патологии и являются самостоятельным фактором риска неблагоприятных ее исходов. Реализация же психосоматических воздействий осуществляется посредством вегетативных изменений [17].

Целью проведенного исследования было изучение клинико-психопатологических особенностей тревожных расстройств невротического и органического генеза и динамика этих расстройств в процессе терапии. Для реализации цели и задач исследования было обследовано 75 больных с тревожными расстройствами, которые проходили стационарный курс лечения в отделении неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН НАМН Украины». Из 75 обследованных 50 пациентов были с невротическими тревожными расстройствами, которые, учитывая схожесть психопатологической структуры тревожных расстройств, были рассмотрены в рамках одной формы психической патологии: 24 больных с агорафобией (F 40.0), 16 больных с тревожными расстройствами, 2 больных с социальными фобиями (F 40.1), 8 больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством (F 41.2) и 25 больных — с тревожным расстройством органического генеза. Диагноз был установлен с учетом критериев МКБ-10.

Для реализации поставленной цели и задач использовался комплексный подход, включающий клинико-психопатологический метод, дополненный тестом «Интегративный тест тревожности», методы статистической обработки данных.

Клинико-психопатологический метод включал анализ жалоб, анамнез болезни и жизни, анализ сопутствующей патологии, объективные данные.

«Интегративный тест тревожности» (ИТТ) позволяет оценить общий показатель личностной тревожности (тревожности как устойчивой личностной черты) и общий показатель ситуативной тревожности (тревоги, вызванной ситуацией), а также оценить эмоциональный дискомфорт (сниженное настроение, напряженность, агитация, неудовлетворенность); астенический

компонент тривоги (усталість, вялість, пасивність, утомляемість); фобический компонент (хронические страхи, неуверенность в себе); тревожную оценку перспективы (общая озабоченность будущим); социальные реакции защиты (социальная тревожность, неуверенность в социальных контактах).

Общая характеристика больных с тревожными расстройствами невротического и органического генеза представлена в таблице 1.

Таблица 1

Общая характеристика больных с тревожными расстройствами невротического и органического генеза

Показатель, который оценивается	Больные с тревожными расстройствами невротического генеза (n = 50) % ± m %	Больные с органическими тревожными расстройствами (n = 25) % ± m %
Пол: — мужской — женский	38,00 ± 6,93 62,00 ± 6,93	44,00 ± 10,13 56,00 ± 10,13
Возрастные группы, лет: 18—29 30—39 40—49 50—59	32,00 ± 8,08* 40,00 ± 6,99* 12,00 ± 4,64 16,00 ± 5,24	12,00 ± 6,63 12,00 ± 6,63 36,00 ± 9,79* 40,00 ± 10,00*
Образование: — среднее — средне специальное — незаконченное высшее — высшее	2,00 ± 2,00 28,00 ± 6,41 14,00 ± 4,96 56,00 ± 7,09	4,00 ± 4,00 24,00 ± 8,71 20,00 ± 8,16 52,00 ± 10,19
Место проживания: — город — сельская местность	78,00 ± 5,92 22,00 ± 5,92	84,00 ± 7,48 16,00 ± 7,48
Семейное положение: — состоят в браке — не состоят в браке	56,00 ± 7,09 44,00 ± 7,09	64,00 ± 9,79 36,00 ± 9,79
Отношение к работе: — работают — временно не работают — не работают и не ищут работу — студенты	24,00 ± 6,10 54,00 ± 7,12* 18,00 ± 5,49* 4,00 ± 2,80	56,00 ± 10,13* 32,00 ± 9,52 8,00 ± 2,35 4,00 ± 4,00
Характер работы: — умственный — физический	16,00 ± 5,23 8,00 ± 3,87	44,00 ± 10,13* 12,00 ± 6,63

В обеих группах обследованных преобладали женщины (62,00 % в группе больных с невротическими расстройствами и 56,00 % больных с органическим тревожным расстройством), мужчины составили соответственно 38,00 % и 44,00 % пациентов.

Среди больных с невротическими расстройствами преобладали лица молодого (от 18 до 29 лет — 32,00 %) и среднего возраста (от 30 до 39 лет — 40,00 %). Среди пациентов с органическим тревожным расстройством преобладали больные в возрасте от 50 до 59 лет — 40,00 % и от 40 до 49 лет — 36,00 %.

Среди обследованных обеих групп преобладали лица с высшим образованием (56,00 % больных с невротическими расстройствами и 52,00 % больных с органическим тревожным расстройством), большинство проживали в городе (78,00 % и 84,00 % соответственно).

Оценка семейного положения показала, что среди обследованных пациентов, как с тревожными невротическими расстройствами, так и с органическим тревожным расстройством, преобладали лица, состоящие в браке (56,00 % и 64,00 % соответственно).

Большинство больных с невротическими тревожными расстройствами не работали (54,00 %) и связывали это со своим состоянием здоровья, большинство больных с тревожным органическим расстройством (56,00 %) продолжали работать, несмотря на состояние здоровья.

Анализ сопутствующей соматоневрологической патологии (табл. 2) показал, что как в группе больных с невротическими тревожными расстройствами, так и в группе больных с органическими тревожными расстройствами имела место сопутствующая патология. Так, в анамнезе у больных с тревожными расстройствами наиболее часто встречалась язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (12,00 % больных), у 10,00 % обследованных была дисциркуляторная энцефалопатия сосудистого или смешанного генеза, у 10,00 % — хронический холецистит, у 6,00 % — гипертоническая болезнь в сочетании с дисциркуляторной энцефалопатией сосудистого или смешанного генеза, ишемическая болезнь сердца — у 4,00 %, хронический гастрит — у 4,00 % обследованных. Вышеперечисленная патология на момент лечения не проявлялась какими-либо клиническими симптомами и не требовала дополнительной терапевтической коррекции.

Таблица 2

Сопутствующая соматоневрологическая патология у больных с тревожными расстройствами невротического и органического генеза

Сопутствующая патология	Больные с тревожными расстройствами невротического генеза (n = 50) % ± m %	Больные с органическими тревожными расстройствами (n = 25) % ± m %
Гипертоническая болезнь	8,00 ± 3,87	44,00 ± 7,48
Дисциркуляторная энцефалопатия сосудистого или смешанного генеза	10,00 ± 4,28	36,00 ± 9,79
Гипертоническая болезнь + дисциркуляторная энцефалопатия сосудистого или смешанного генеза	6,00 ± 3,39	32,00 ± 9,52
Гипертоническая болезнь + ишемическая болезнь сердца	—	24,00 ± 8,71
Ишемическая болезнь сердца	4,00 ± 2,79	40,00 ± 10,00
Хронический гастрит	4,00 ± 2,79	36,00 ± 9,79
Язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки	12,00 ± 4,64	28,00 ± 9,16
Хронический холецистит	10,00 ± 4,28	32,00 ± 9,52

Анализ соматоневрологической патологии показал, что в группе больных с тревожным органическим расстройством наиболее часто встречались гипертоническая болезнь 44,00 %, ишемическая болезнь сердца 40,00 %, дисциркуляторная энцефалопатия сосудистого или смешанного генеза 36,00 %, хронический гастрит 36,00 %, гипертоническая болезнь в сочетании с дисциркуляторной энцефалопатией сосудистого или смешанного генеза 32,00 %, хронический холецистит 32,00 %, язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки 28,00 %, гипертоническая болезнь в сочетании с ишемической болезнью сердца 24,00 %. Анализ показал, что у 80,00 % больных этой группы заболевания носили сочетанный и хронический характер, пациенты принимали сопутствующую терапию.

Клиническая картина тревожных расстройств характеризовалась сложной структурой, в которой сочетались психический и соматовегетативный компоненты.

Клиническая картина тревожных расстройств невротического и органического генеза (табл. 3) имела общую структуру, однако частота тех или иных симптомов имела отличия в зависимости от генеза расстройства. Так, общим для обеих групп в структуре психической составляющей и доминирующим был симптом тревоги, который встречался у 100,00 % больных обеих групп. Достаточно частыми симптомами были беспокойство, которое встречалось при невротических тревожных расстройствах в 90,00 % случаев, при органическом тревожном расстройстве — у 72,00 % обследованных; волнение — 80,00 % и 72,00 % соответственно; испуг — 48,00 % и 52,00 %; чувство надвигающейся опасности — 48,00 % и 32,00 %; навязчивые страхи — 36,00 % и 32,00 %, паника — по 52,00 %.

В структуре тревожных расстройств невротического генеза достоверно ($p < 0,001$) чаще преобладали симптомы беспокойства 92,00 %, нервозности 90,00 %, взвинченности — 2,00 %, напряжения — 92,00 %, неусидчивости — 48,00 %, страхов — 92,00 %.

В клинической картине тревожного расстройства органического генеза преобладали симптомы тревожного опасения — 100,00 %, обеспокоенности — 84,00 %, озабоченности своим состоянием — 84,00 %, озабоченностью в отношении своего будущего — 84,00 %, ранимости — 84,00 %, робости — 32,00 %, ужаса — 52,00 %.

Структура соматовегетативной составляющей также характеризовалась общими симптомами. Так, примерно с одинаковой частотой у больных с тревожными расстройствами невротического генеза и у больных с тревожным расстройством органического генеза встречались симптомы чувства нехватки воздуха (у 60,00 % и у 76,00 %); чувство дурноты (соответственно у 24,00 % больных обеих групп); нервная дрожь (у 36,00 % и 32,00 % соответственно); нарушение аппетита (у 20,00 % и 32,00 %), тошнота (20,00 % и 24,00 %), спазмы в животе (у 24,00 % и 32,00 %).

Достоверно ($p < 0,001$) чаще у больных с тревожными расстройствами невротического генеза встречались ощущение удушья — у 64,00 % обследованных и сердцебиение — у 80,00 % пациентов. При тревожном расстройстве органического генеза достоверно чаще встречались внутренняя дрожь — у 84,00 %

больных, общая слабость — у 80,00 %, боль в груди — у 76,00 %, головная боль — у 76,00 %, головокружение — у 72,00 % обследованных.

Таблица 3

Структура клинической картины тревожных расстройств невротического и органического генеза

Показатель, который оценивается	Больные с тревожными расстройствами невротического генеза (n = 50) % ± m %	Больные с органическими тревожными расстройствами (n = 25) % ± m %
Симптомы психического круга		
Тревога	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00
Беспокойство	92,00 ± 3,87	72,00 ± 9,16
Нервозность	90,00 ± 4,28*	52,00 ± 10,19
Взвинченность	92,00 ± 3,87*	32,00 ± 9,52
Волнение	80,00 ± 5,71	72,00 ± 9,16
Тревожные опасения	76,00 ± 6,10	100,00 ± 0,00*
Испуг	48,00 ± 7,13	52,00 ± 10,19
Напряжение	92,00 ± 3,87*	52,00 ± 10,19
Чувство надвигающейся опасности	48,00 ± 7,13	32,00 ± 9,52
Навязчивые страхи	36,00 ± 6,85	32,00 ± 9,52
Неусидчивость	48,00 ± 7,13*	24,00 ± 8,71
Обеспокоенность	48,00 ± 7,13	84,00 ± 7,48*
Озабоченность своим состоянием	44,00 ± 7,09	84,00 ± 7,48*
Озабоченность своим будущим	14,00 ± 4,95	84,00 ± 7,48*
Паника	52,00 ± 7,13	52,00 ± 10,19
Постоянное предчувствие несчастья	80,00 ± 5,71	84,00 ± 7,48
Пугливость	36,00 ± 6,85	52,00 ± 10,19
Ранимость	44,00 ± 7,09	84,00 ± 7,48*
Робость	10,00 ± 4,28	32,00 ± 9,52*
Страх	92,00 ± 3,87*	52,00 ± 10,19
Стеснительность	10,00 ± 4,28	24,00 ± 8,71
Ужас	20,00 ± 5,71	52,00 ± 10,19*
Симптомы соматовегетативного круга		
Внутренняя дрожь	36,00 ± 6,85	84,00 ± 7,48*
Общая слабость	52,00 ± 7,13	80,00 ± 8,16*
Боль в груди	44,00 ± 7,09	76,00 ± 8,71*
Чувство нехватки воздуха	60,00 ± 6,99	76,00 ± 8,71
Ощущение удушья	64,00 ± 6,85*	32,00 ± 9,52
Сердцебиение	80,00 ± 5,71*	52,00 ± 10,19
Головная боль	44,00 ± 7,09	76,00 ± 8,71*
Головокружение	36,00 ± 6,85	72,00 ± 9,16*
Чувство дурноты	24,00 ± 6,10	24,00 ± 8,71
Нервная дрожь	36,00 ± 6,85	32,00 ± 9,52
Нарушение аппетита	20,00 ± 5,71	32,00 ± 9,52
Тошнота	20,00 ± 5,71	24,00 ± 8,71
Спазмы в животе	24,00 ± 6,10	32,00 ± 9,52

Общий показатель ситуативной тревоги и личностной тревоги «Интегративного теста тревожности» на момент поступления у обследованных больных с невротическими тревожными расстройствами и с органическими тревожными расстройствами (рис. 1) соответствовал средним показателям уровня тревоги, но у больных с тревожными невротическими расстройствами эти показатели были выше в сравнении с показателями у больных с тревожными органическими расстройствами. Так, при невротических тревожных расстройствах показатель личностной тревоги составил 22,7 и ситуативной — 19,2, при тревожных органических расстройствах соответственно 20,6 и 17,7.

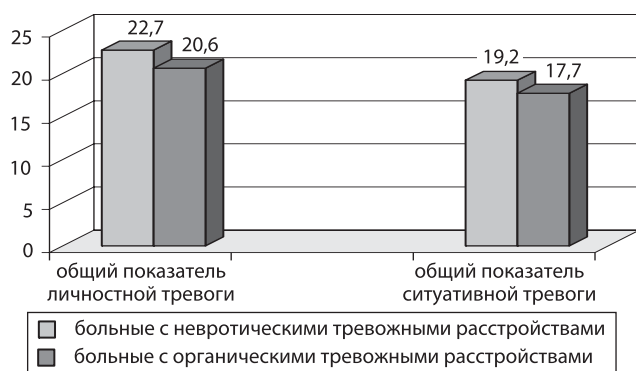


Рис. 1. Общий показатель «Интегративного теста тревожности» на момент поступления у больных с невротическими тревожными расстройствами и с органическими тревожными расстройствами

Оценка дополнительных шкал ИИТ на момент поступления у больных с невротическими тревожными расстройствами и с органическими тревожными расстройствами (рис. 2) выявила достоверные различия.

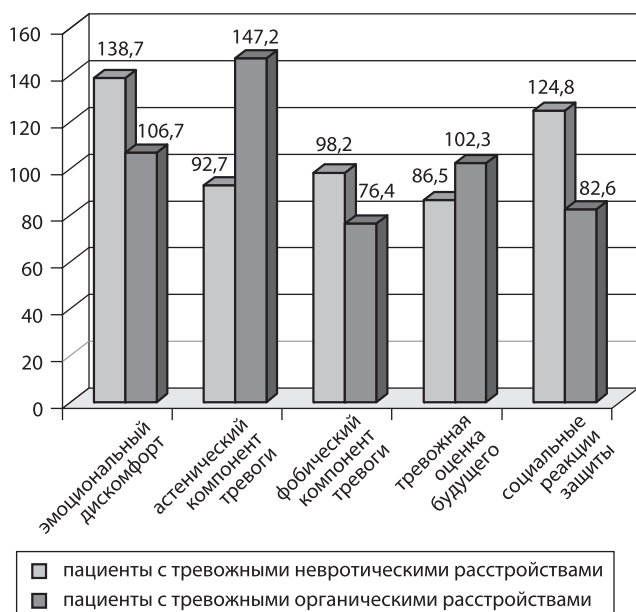


Рис. 2. Показатели дополнительных шкал ИИТ на момент поступления у больных с невротическими тревожными расстройствами и с органическими тревожными расстройствами

Так, у больных с невротическими тревожными расстройствами достоверно выше были показатели по шкалам «Эмоциональный дискомфорт» и «Социальные реакции защиты». У больных с тревожными органическими расстройствами достоверно выше были показатели по шкалам «Астенический компонент тревоги» и «Тревожная оценка будущего».

Традиционно тревожные расстройства лечат бензодиазепинами или сочетанием бензодиазепинов и антидепрессантов. Однако использование бензодиазепиновых препаратов имеет определенные ограничения, основными из которых являются ограниченное время приема, выраженный седативный эффект, что существенно нарушает социальное функционирование.

Для лечения тревожных расстройств невротического и органического генеза был выбран препарат Афобазол. Выбор препарата обусловлен высоким анксиолитическим действием с активирующим эффектом, отсутствием выраженной седации, гипнотического компонента, миорелаксирующего действия, негативного влияния на память и концентрацию внимания. Лечение проводили монотерапией Афобазолом в сочетании с психотерапией: при невротических тревожных расстройствах применяли поведенческую терапию, при тревожных органических расстройствах — рациональную психотерапию.

Начальная доза Афобазола в первые 3 дня составляла 20 мг в сутки (по 10 мг 2 раза), с 3-го дня дозу увеличивали до 10 мг 3 раза в сутки у всех больных. При отсутствии динамики к 14 дню, что отмечалось у 17 больных с невротическими тревожными расстройствами и у 6 больных с органическим тревожным расстройством, дозу увеличивали до 40 мг в сутки, и у 7 больных с невротическими тревожными расстройствами и у 3 больных с органическим тревожным расстройством доза препарата составляла 60 мг в сутки в 3 приема.

Лечение больных носило этапный характер: 1 этап, стабилизирующий, составлял от 30 до 45 дней, поддерживающий этап длился 45—60 дней и профилактический этап продолжался 75—90 дней.

Оценку динамики состояния проводили на 14, 28, 56, 84 и 180 день лечения. Оценивали как динамику клинической симптоматики, так и показатели шкал. Динамика общего показателя личностной и ситуативной тревожности по шкале «Интегративного теста тревожности» у больных с невротическими тревожными расстройствами и с органическими тревожными расстройствами отображена на рисунках 3 и 4.

У больных с невротическими тревожными расстройствами уже к 14 дню отмечалась положительная динамика показателей со снижением уровня как ситуативной, так и личностной тревоги. Положительная динамика была более выраженной по показателю ситуативной тревожности, что отражалось не только в динамике клинической картины, но и в улучшении уровня социального функционирования, и к 28 дню эти показатели приближались к низким значениям тревоги и имели устойчивую положительную динамику на фоне дальнейшего лечения (см. рис. 3).

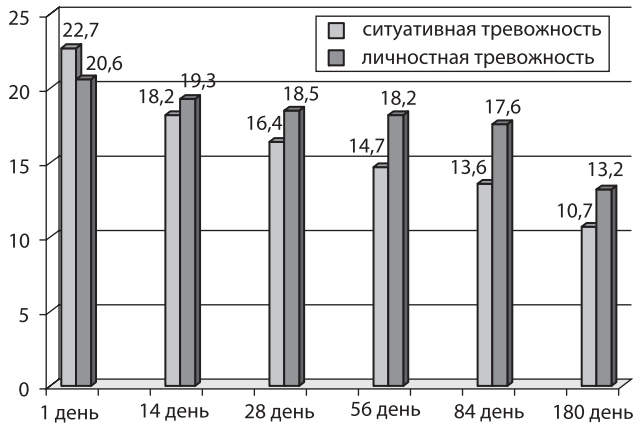


Рис. 3. Динаміка загального показателя личностной и ситуативной тривожности у больних с невротическими тривожними розладами

И у больних с тривожним органическим расстройством также к 14 дню отмечалась положительная динамика показателей со снижением уровня как ситуативной, так и личностной тривожности. Положительная динамика была равномерной и отмечалась как по показателю ситуативной тривожности, так и личностной, что отражалось в динамике клинической картины и более благоприятном восприятии болезни. К 28 дню эти показатели приближались к низким значениям тривожности и имели устойчивую положительную динамику на фоне дальнейшего лечения (см. рис. 4).

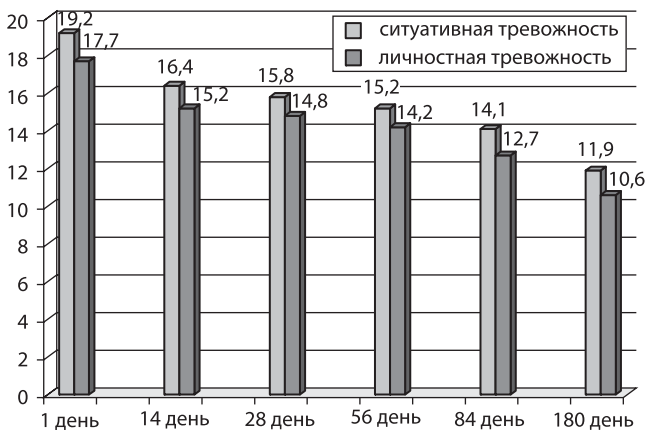


Рис. 4. Динаміка загального показателя личностной и ситуативной тривожности у больних с органическим тривожним расстройством

Оценка по показателям дополнительных шкал ИТТ также выявила устойчивую положительную динамику (рис. 5, 6): показатели дополнительных шкал снижались в процессе терапии. У больних с невротическими тривожными расстройствами существенное снижение отмечалось по шкалам «Эмоциональный дискомфорт» и «Социальная реакция защиты», что отражает снижение уровня напряжения. Также у больних этой группы улучшались показатели социальной активности, уверенности в себе, социальные контакты.

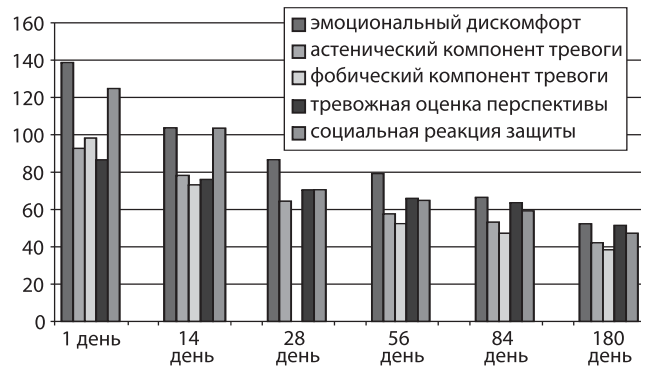


Рис. 5. Динаміка показателей дополнительных шкал ИТТ в процессе терапии у больних с невротическими тривожными расстройствами

У больних с органическим тривожным расстройством существенное снижение отмечалось по шкалам «Астенический компонент тривожности», «Тривожная оценка перспективы», «Эмоциональный дискомфорт» (см. рис. 6), что отражает улучшение физического состояния, уверенности в себе и будущем.



Рис. 6. Динаміка показателей дополнительных шкал ИТТ в процессе терапии у больних с органическим тривожным расстройством

Оценка общей эффективности терапии у больних обеих групп была проведена трижды: в конце стабилизирующей фазы, поддерживающей и профилактической фаз (рис. 7, 8).

У больних с невротическими тривожными расстройствами отмечалась положительная динамика состояния на всех этапах терапии и к концу лечения выздоровление было у 62,00 % больних, значительное улучшение — у 20,00 %, улучшение — у 8,00 %, незначительная динамика и ухудшение состояния были у 10,00 % больних (см. рис. 7).

У больних с органическим тривожным расстройством отмечалась положительная динамика состояния на всех этапах терапии и к концу лечения выздоровление было у 44,00 % больних, значительное улучшение — у 28,00 %, улучшение — у 16,00 %, незначительная динамика и ухудшение состояния были у 12,00 % больних (см. рис. 8).

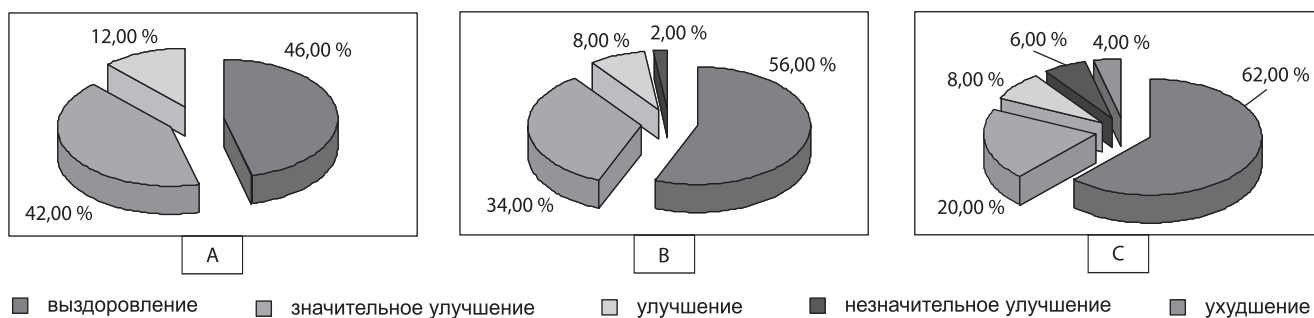


Рис. 7. Ефективність терапії у больових з тривожними невротическими розладами:

А — на етапі стабілізуючої терапії, В — на етапі підтримуючої терапії, С — на етапі профілактичної терапії

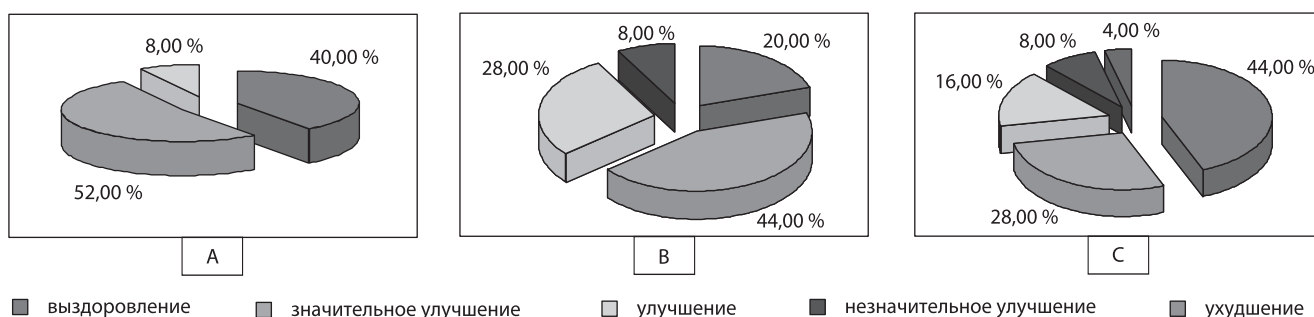


Рис. 8. Ефективність терапії у больових з тривожним органіческим розладом:

А — на етапі стабілізуючої терапії, В — на етапі підтримуючої терапії, С — на етапі профілактичної терапії

Таким образом, проведенное исследование позволило установить особенности клинической картины тревожных расстройств невротического и органического генеза. Так, в клинической картине тревожных расстройств невротического генеза достоверно чаще отмечались симптомы эмоционального спектра: беспокойство — 92,00 %, нервозность — 90,00 %, взвинченность — 2,00 %, напряжение — 92,00 %, неуверенность — 48,00 %, страхи — 92,00 %. Клиническая картина тревожного расстройства органического генеза характеризовалась преобладанием симптомов личностного реагирования: тревожные опасения — 100,00 %, обеспокоенность — 84,00 %, озабоченность своим состоянием — 84,00 %, озабоченность в отношении своего будущего — 84,00 %, ранимость — 84,00 %, робость — 32,00 %, ужас — 52,00 %.

Соматовегетативная составляющая характеризовалась преобладанием у больових з тривожними розладами невротического генеза ощущения удушья — у 64,00 % обслеованих и сердцебиения — у 80,00 % пациентов. При тривожном розладі органіческого генеза достоверно чаще встречались внутренняя дрожь — у 84,00 % больових, общая слабость — у 80,00 %, боль в груди — у 76,00 %, головная боль — у 76,00 %, головокружение — у 72,00 % обслеованих.

Достоверной разницы в общих показателях ситуативной тревоги и личностной тревоги у обслеованих больових обеих групп выявлено не было. Общие показатели соответствовали средним показателям уровня тревоги, но у больових з тривожними невротическими розладами эти показатели были несколько выше в сравнении с показателями у больових с тривожним органіческим розладом. Оценка

дополнительных шкал ИТТ позволила выявить достоверные различия: так, у больових з невротическими тривожними розладами достоверно выше были показатели по шкалам «Эмоциональный дискомфорт» и «Социальные реакции защиты», в то время как у больових з тривожними органіческими розладами достоверно выше были показатели по шкалам «Астенический компонент тревоги» и «Тревожная оценка будущего».

В процессе лечения препаратом Афобазол было установлено, что уже к 14 дню отмечается положительная динамика в состоянии больових как с тривожними невротическими розладами, так и с тривожним органіческим розладом. Доза препарата для больових з невротическими розладами на етапі стабілізуючої терапії складає від 30 до 60 мг, при органіческом тривожном розладі — від 30 до 40 мг. Доза препарата для больових з невротическими розладами на етапі підтримуючої терапії складає від 30 до 40 мг, при органіческом тривожном розладі — від 20 до 30 мг. Доза препарата для больових з невротическими розладами на етапі профілактичної терапії складає від 20 до 30 мг, при органіческом тривожном розладі — 20 мг.

Препарат Афобазол оказывает положительное действие как на психическую составляющую тревожных расстройств, так и на соматовегетативную составляющую, приводя к высокой терапевтической эффективности.

Препарат может быть рекомендован для терапии тревожных расстройств в условиях стационара и в амбулаторных условиях на разных этапах терапии (стабилизирующем, поддерживающем, профилактическом).

Список літератури

1. Акимкина, Е. С. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения / Е. С. Акимкина // Психиатрия. — 2005. — № 3. — С. 75—77.

2. Kessler, R. The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ISPE): initial work and future directions — the NAPE lecture 1998 / R. Kessler // Acta Psychiatr. Scand. — 1999. — Vol. 99. — P. 2—9.

3. Keyes, C. L. M. Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health / C. L. M. Keyes // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 2005. — Vol. 73. — P. 539—548.

4. Sartorius, N. The economic and social burden of depression / N. Sartorius // Journal of Clinical Psychiatry. — 2001. — Vol. 62. — P. 8—11.

5. Юрєва, Л. Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине [Текст] / Л. Н. Юрєва // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 32—33.

6. Решетников, М. И. Психическая травма. История вопроса / М. И. Решетников // Психотерапия. — 2010. — № 1. — С. 86—95.

7. Murray, C. J. L. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020 / C. J. L. Murray, A. D. Lopez. In: Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1. Boston: Harvard University Press, 1996. — P. 23—56.

8. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites / [Robins L. N., Helzer J. E., Weissmann M. M., et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 1984. — № 41. — P. 949—958.

9. Fejeregyhazi L. Szorongó és panikbeteg kezelese, gondozasa az altalanos orvosi gyakorlatban / L. Fejeregyhazi // Psychiat. Hung. — 1995. — № 10. — P. 602.

10. Szadoczky E. Kedelybetegsegek es szorongasos zavarok prevalenciaja Magyarorszagon / E. Szadoczky. — Budapest: Print-Tech Kiado, 2000.

11. Rouillon F. Depression comorbid with anxiety or medical illness: The role of paroxetine / F. Rouillon // Int. J. Psychiat. Clin. Practice. — 2001. — № 5. — P. 3—10.

12. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMed) project // Acta Psychiatr Scand. — 2004. — Vol. 109. — Suppl. 420. — P. 21—27.

13. The ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMed) project // Ibid. — P. 38—46.

14. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. — Л.: Наука, 1988. — 270 с.

15. Sleep complaints are not corroborated by objective sleep measures in post-traumatic stress disorder: a 1-year prospective study in survivors of motor vehicle crashes / [E. Klein, D. Koren, I. Aron, P. Lavie] // J. Sleep Res. — 2003 Mar; 12 (1): 35—41.

16. Колюцкая Е. В. Тревожные расстройства: диагностика и терапия / Е. В. Колюцкая // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13. — № 15. — С. 1009—1011.

17. Соловьєва А. Д. Лечение тревожно-депрессивных расстройств в кардиологии / А. Д. Соловьєва, Т. А. Санькова // Лечащий врач. — 2005. — № 9.

Надійшла до редакції 23.01.2013 р.

Н. О. Марута, Т. В. Панько

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Особенности диагностики та терапії тривожних розладів невротичного та органічного генезу

Епідеміологічні дослідження свідчать, що в структурі психічної патології тривожні розлади є другими за розповсюдженістю після розладів настрою. Метою дослідження було вивчення клініко-психопатологічних особливостей тривожних розладів невротичного та органічного генезу та їхня динаміка в процесі терапії.

Було обстежено 50 хворих з тривожними розладами невротичного генезу та 25 хворих з тривожними розладами органічного генезу. Встановлені особливості клінічної картини з урахуванням психічної та соматовегетативної складових цих розладів, відмінності у показниках за шкалами «Інтегративний тест тривожності». Показано ефективність терапії препаратом Афобазол у поєднанні з психотерапією на різних етапах лікування цих розладів (стабілізуючому, підтримуючому та профілактичному).

Ключові слова: тривожні розлади, невротичний та органічний генез, терапія, Афобазол.

N. O. Maruta, T. V. Pan'ko

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

Peculiarities of diagnosis and therapy of anxiety disorders of neurotic and organic genesis

Epidemiological studies suggest that in the structure of mental pathology anxiety disorders are the second ones after mood disorders in terms of prevalence. The aim of this study was to investigate clinical-psychopathological peculiarities of anxiety disorders of neurotic and organic genesis and their dynamics during the process of therapy.

Fifty patients with anxiety disorders of neurotic genesis and 25 patients with anxiety disorders of organic genesis were examined. Peculiarities of a clinical picture taking into account psychic and somatic-autonomous components of these disorders as well as differences on «Integrative Anxiety Test» scale points were defined. An efficacy of therapy with Afobazol in combination with psychotherapy on different treatment stages (stabilizing, maintaining, and prevention) of these disorders was demonstrated.

Key words: anxiety disorders, neurotic and organic genesis, therapy, Afobazol.