Тверская ГМА Минздрава России

Кафедра нервных болезней и восстановительной медицины ФПДО с курсом психического здоровья

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

Тема: «Тревожные состояния при соматических заболеваниях. Современный подход к лечению и профилактике»

Исполнитель:

Хлебникова Е.Н.

Тверь 2014

В настоящее время более 50% больных на приеме в поликлинике общего профиля - это больные, которые имеют соматические проявления тревоги. Чувство тревоги знакомо каждому человеку, оно возникает при стрессе, в трудных жизненных ситуациях и чаще всего является нормальной реакцией организма на неблагоприятные факторы окружающей жизни. Но иногда тревожное состояние возникает без видимой причины, по своей интенсивности и продолжительности не соответствует реальной значимости события, становится патологическим состоянием и приводит к снижению качества жизни больного.

Актуальность данной проблемы - очевидно, так как диагностика тревожного состояния на ранних этапах лечения является важным фактором в преемственности между общесоматической поликлиникой и психоневрологическим диспансером, что сказывается на выявлении заболевания и качестве его лечения. Именно врачу общей практики бывает сложно разглядеть в разнообразных соматических жалобах больного тревожное расстройство и вовремя направить его к специалисту. Недостаточная грамотность терапевтов и неврологов ведет к позднему обращению больного к врачу психотерапевту и тем самым не представляется возможным своевременно начатое лечение. Более того, человек, который испытывает какие-либо симптомы тревоги чаще всего, идет к врачу общей практики, подозревая у себя либо наличие серьезного заболевания, либо не оценивая серьезности своего состояния, что сказывается на своевременности лечения.

Тревога относится к числу наиболее распространенных неспецифических феноменов, входящих в структуру как психопатологических, так и различных соматических расстройств. Соотношение мужчин и женщин, страдающих тревожными расстройствами примерно 1:4. Особое значение имеет проблема тревожных состояний пожилых лиц. Возрастные изменения психической сферы характеризуются ухудшением образного мышления, снижением концентрации и подвижности основных нервных процессов, изменением темпа психомоторных реакций. Для тревожного синдрома свойственно:

- субъективные переживания, обусловленные непосредственно тревожной симптоматикой;

- фобический компонент;

вегетативные дисфункции.

Сочетание этих составляющих ведет к многообразию клинических проявлений тревожных состояний.

В общесоматической сети тревожные расстройства особенно часто возникают у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а именно гипертонической болезнью, при которой нарушается качество кровообращения головного мозга, что приводит к кислородной недостаточности и снижению метаболической активности нейронов. Второе - это развитие и нарастание органического поражения головного мозга. Третье - психогенные факторы. Все это порождает и усиливает тревогу. Врачи общей практики чаще всего рассматривают тревогу в качестве нормальной реакции на дезадаптирующий эффект соматического заболевания и поэтому тревожные расстройства выявляются ими редко. Однако при этом тревога является одним из распространенных аффектов, ведущих к ухудшению прогноза многих соматических заболеваний. Длительное состояние тревоги приводит к социальной и психологической дезадаптации, ухудшает прогноз соматических заболеваний и требует проведение тщательной психопатологической диагностики для назначения адекватной терапии. Связь стресса и тревоги в настоящее время не вызывает никаких сомнений. Прежде всего, тревога при соматических заболеваниях приводит к нарушению режима лечения, влияние тревоги на ухудшение качества жизни пациентов превосходит отрицательный эффект многих серьезных соматических симптомов. Несомненны значительные негативные социально-экономические последствия, так как затраты при наличии выраженной тревоги в два раза выше, чем при отсутствии тревожного расстройства. Эти затраты связаны с высокой обращаемостью в общую медицинскую сеть, чем со стоимостью психиатрического лечения. Выявляемость тревожных расстройств в общей медицинской практике ниже (23%) чем депрессий (56%), поскольку тревогу чаще связывают с нормальным реагированием на соматическое заболевание. В этой связи эффективность своевременного выявления и лечения затруднены. Наиболее эффективным в преодолении этих недостатков признается организация совместной помощи, оказываемой врачом терапевтом, психиатром, медицинским психологом и медсестрой. Кроме того, эффективность терапии и тревожных расстройств улучшается при информированности пациентов, а также уровня образования врачей по проблемам диагностики терапии тревожных расстройств.

Выделены значимые факторы, определяющие развитие тревожных расстройств у пациентов общесоматических учреждений:

наличие стрессовой (психотравмирующей) ситуации;

выраженность синдромов соматического заболевания;

большое количество соматических синдромов;

низкая самооценка здоровья.

Патогенетическая связь тревожных и многих соматических расстройств, подтвержденная эпидемиологическими исследованиями, свидетельствует о широком распространении тревоги. Исследования показали широкую распространенность ряда соматических заболеваний у пациентов с тревожными расстройствами. Как при генерализованном, так и при паническом расстройстве, выявлена значительная распространенность сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных заболеваний, респираторных расстройств, аллергических заболеваний. В последние годы установлена взаимосвязь тревожных и сердечно-сосудистых расстройств. Тревога является одним из наиболее значимых провоцирующих и неблагоприятных прогностических признаков в динамике ИБС (ишемическая болезнь сердца), в развитии инфаркта миокарда и повышает частоту смертельных исходов. Тревожно-фобические расстройства - это группа расстройств, в клинической картине которой преобладает боязнь определенных ситуаций или объектов, не представляющих реальной опасности. В результате чего больной обычно избегает таких ситуаций или переносит их, преодолевая чувство страха. Фобическая тревога субъективна и физиологически и поведенчески неотличима от других типов тревоги и может быть различной по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса.

По МКБ-10 в основном представлены следующие состояния:

- F 40.Фобические тревожные расстройства;

- F 40.8. Другие фобические тревожные расстройства;

- F 40.9. Фобическое тревожное расстройство неутонченное;

- F 41. Другие тревожные расстройства;

- F 41.0. Паническое расстройство;

- F 40.1. Генерализованное тревожное расстройство;

- F 40.2. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство;

- F 40.9. Тревожное расстройство неутонченное.

Особое значение имеет этиология и патогенез тревожных расстройств. Речь идет о психотравмирующих раздражителях. Значимость информации именно для данного индивидуума определяет степень ее патогенности. Ослабляющие нервную систему заболевания такие как: черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации, заболевания внутренних органов и желез внутренней секреции, а также длительное недосыпание, переутомление, нарушение питания и длительное эмоциональное напряжение - все это факторы, которые предрасполагают к возникновению психогенных заболеваний. Проявления тревоги может сочетаться с другими симптомами и не ограничиваться особой ситуацией. Тревога может носить стойкий характер с тенденцией к хронификации.

В зависимости от основных групп тревожных расстройств, связанных со стрессом, тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных, а также реакции на тяжелый стресс и нарушение адаптации, критериями диагностики можно считать следующую последовательность:

- Сбор информации (вопросы должны быть только открытыми, важно сразу побудить больного к формулировке своего обращения и поддержать любые его попытки обсудить проблему). Наличие тревожного расстройства можно предположить уже тогда, когда больной описывает симптоматику, которая не укладывается в ясную картину того или иного соматического заболевания.

- Оценка психического состояния. Необходимо обратить внимание на внешние проявления тревоги: беспокойство, неусидчивость либо подавленность, закрытая поза и т.д.

Соматическое обследование. При первой встрече с пациентом соматическое обследование обязательно, даже если есть предположение, что у больного патологическая тревога.

Постановка диагноза и информирование пациента. После того как врач выявил тревожное расстройство необходимо проинформировать об этом больного, что имеет большой психотерапевтический эффект.

Диагностика специфического тревожного расстройства базируется на характерных симптомах и признаках. Наличие в семейном анамнезе случаев тревожных расстройств (исключая острое и посттравматическое стрессовое расстройство) помогает в установлении диагноза, так как у некоторых пациентов имеется наследственная предрасположенность, а также общая предрасположенность к развитию тревожных расстройств. Тревога встречается при многих психических и соматических заболеваниях, но при некоторых из них является ведущим симптомом. Тревожные расстройства встречаются чаще, чем другие виды психической патологии. Однако их часто не распознают и не лечат. Оставшаяся без лечения тревога может усугублять и препятствовать лечению ряда соматических заболеваний.

Причины тревожных расстройств полностью неизвестны, имеют значение психические и соматические факторы. Некоторые соматические заболевания сами по себе являются причиной тревоги, например бронхиальная астма, сердечная недостаточность, аритмии, аллергические заболевания, эндокринологические заболевания, онкологические и другие. Отмена многих лекарственных препаратов тоже может вызвать тревогу. По данным официальной статистики, тревожными расстройствами той или иной выраженности страдает 30% населения России. Тревожное расстройство состоит из двух компонентов: психического и соматического. Эти симптомы всегда идут вместе. К психических симптомам тревожного расстройства относятся:

- тревога и беспокойство по мелочам;

- ощущение напряженности, скованности;

неспособность расслабиться;

невозможность сконцентрироваться;

трудность с засыпанием;

утомляемость;

страхи и т.д.

Тревога может возникнуть внезапно, как паника и нарастать постепенно на протяжении минут, часов и дней. Тревога может длиться от нескольких секунд до нескольких лет, большая продолжительность характерна для тревожных расстройств. Тревога варьирует от едва заметного беспокойства до паники. Тревожные расстройства могут сопровождаться депрессией и существовать одновременно, либо депрессия может развиться первой, а симптомы тревожного расстройства появятся позднее. Постоянной и очень важной составляющей тревожных расстройств являются соматические и вегетативные симптомы:

- учащенное сердцебиение;

- приливы жара или холода;

потливость;

нехватка воздуха на вдохе;

боли в груди;

тошнота;

боли в животе;

колебания артериального давления и т.д.

Учитывая приведенные симптомы тревожного расстройства, можно сказать, что большинство из них являются проявлением активации симпатического отдела вегетативной нервной системы. Но, ни один из этих симптомов не является специфичным для тревожного расстройства. Поэтому когда больной приходит в общесоматическую поликлинику к врачу-интернисту, очень сложно среди соматических жалоб рассмотреть тревожное расстройство. Наиболее частым тревожным расстройством является генерализованное тревожное расстройство: когда у человека вроде бы все хорошо, а он постоянно находится в беспокойном состоянии из-за детей, родных, завтрашнем дне. Критерием постановки этого диагноза является наличие как минимум шести из симптомов тревоги ежедневно в течении шести и более месяцев. Фобии также являются проявлением тревожного расстройства. В этом случае тревога связывается с определенными ситуациями. Со временем выраженность симптомов становится на столько сильной, что люди начинают избегать ситуаций, которые негативно сказываются на их самочувствие. Это приводит к тому, что они становятся замкнутыми, неактивными.

Обсессивно-компульсивные расстройства встречаются как правило в соматической поликлинике не так часто и терапевты таких больных стараются направить к психиатрам. Реактивные формы тревожных расстройств - это чрезмерно болезненная реакция на какое-либо жизненное событие. Чаще всего этим событием является болезнь. Человек, перенесший инфаркт миокарда подвергается тяжелейшему стрессу, что ведет к вынужденному тревожно-депрессивному расстройству, которое может в дальнейшем отрицательно повлиять на течение болезни и это повышает риск смерти. То же самое относится к больным перенесшим ОНМК. В 70% случаев тревожное расстройство протекает в рамках депрессии. Длительно существующая и не леченная тревога приводит к апатии, в следствие чего может возникнуть депрессия, которая имеет соматические симптомы: хронические боли, нарушение сна, снижение массы тела и т.д., что еще больше усиливает тревогу и возникает порочный круг. Наиболее частым дифференциальным признаком тревоги является НЦД, гипервентиляция, при которой надо исключить бронхиальную астму. В 95% случаев основной синдром вегетативной дисфункции является ведущим при тревожно-депрессивных расстройствах.

Наиболее типичными эмоциональными нарушениями вследствие соматогенных воздействий являются депрессии. Для органических депрессий характерны сочетания аффективной симптоматики с явлениями интеллектуального снижения, преобладание в клинической картине явлений негативной аффективности (адинамия, ангедония и др.), выраженность астенического синдрома. При сосудистых депрессиях также могут отмечаться множественные устойчивые соматические и ипохондрические жалобы. При мозговых дисфункциях часто развиваются дисфорические депрессии с преобладанием тоскливо-злобного настроения, раздражительностью и прочее. Депрессия на фоне соматической патологии характеризуется значительной выраженностью астении: слезливость, раздражительная слабость, тревожность. Витальный компонент дипрессии при соматических расстройствах часто преобладает над собственно аффективным. Соматические симптомы в структуре тревожного состояния могут имитировать симптомы основного заболевания и соответственно затруднять диагностику психического нарушения.

Тревожно-депрессивные переживания часто выступают в структуре дезадаптивных личностных реакций на болезнь, развивающихся у пациентов на фоне общей повышенной психической истощаемости и недостаточности личностных ресурсов для преодоления болезней. Отношение к заболеванию условно зависит от следующих типов личности, встречающихся в соматической практике. Вот некоторые из них:

- Тревожный тип. Характеризуется повышенным чувством обеспокоенности соматическим состоянием, медицинским прогнозом, реальными и мнимыми симптомами болезни, их осложнениями. Тревога, в связи с заболеванием заставляет пациента испытывать новые способы лечения, обращаться к множеству специалистов, при этом не преодолевая свои страхи и волнения.

- Обсессивно-фобический тип. Характеризуется навязчивыми мыслями о неблагоприятных последствиях болезни, что еще больше усиливает тревогу.

Неврастенический тип. Характеризуется раздражительной слабостью, вспышками раздражения и прочее.

Меланхолический тип. Характеризуется сниженным настроением в связи с болезнью, унынием, подавленностью, чувством вины, суицидальными наклонностями.

Часто отношение к болезни имеет защитно-компенсаторный характер и является способом преодоления тревоги в связи с заболеванием.

Тревожное расстройство на фоне хронических соматических заболеваний представляет собой коморбидное расстройство. Среди данной категории значительную группу составляют пациенты у которых длящаяся месяцами а иногда и годами неврозоподобная и психопатоподобная симптоматика чаще всего выражается в «соматизированном» психическом расстройстве. Прием транквилизаторов по совету знакомых усугубляет состояние больных и приводит их к социальной дезадаптации. Необходима тесная связь общесоматических и психиатрических учреждений. Создание необходимой психотерапевтической обстановки - важное условие при лечении тревожных больных. Обучение больного является неотъемлемой частью в лечении тревожных расстройств.

Залогом успешного лечения больных с тревожными состояниями является комплексный подход: фармакотерапия, психотерапия, физиотерапия, социально-реабилитационные мероприятия. В выборе терапии в большей степени врач ориентируется на собственный опыт, клиническую информацию о риске и побочных эффектах, взаимодействие с другими препаратами, а также учитываются возможные влияния препарата на симптомы соматического заболевания. Широкое распространенность тревожных расстройств как в общей так и специализированной медицинской практике требует новых терапевтических подходов в лечении, что приводит к эффективности лечения и прогноза тревожных расстройств, заболеваний психосоматического и соматопсихического генеза. Выбор лечения тревожных расстройств требует учета соматического статуса больного, диагностики коморбидных состояний. Все больные с возникшей тревогой должны подвергнуться осмотру с целью выявления признаков соматических или неврологических заболеваний, способных вызвать симптомы тревожных расстройств. Важное значение имеет тщательно собранный анамнез о препаратах, который больной принимает в настоящее время или которые он принимал в прошлое время. Лечение тревожных расстройств бывает очень затруднительным, требует много времени и упорства. Важной задачей является объяснение больному и его родственникам необходимость такого лечения.

Основными подходами лечения тревожных расстройств являются:

1. Психотерапия;

2. Фармакотерапия.

Основные группы препаратов для лечения тревоги:

- транквилизаторы бензодиазепинового ряда (феназепам, диазепам, клоназепам и другие);

- антидепрессанты: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (паксил, прозак, золофт, ципрамил, ципролекс и другие);

трициклические антидепрессанты: анмитриптилин и другие;

нейролептики: сонапакс, эглонил и другие;

Бензодиазепины имеют мощный противотревожный эффект, но имеют и ряд побочных явлений таких как формирование лекарственной зависимости. Трициклические анитдепрессанты хорошо снимают тревожно-дипрессивные симптомы, но также имеют ряд побочных эффектов, особенно у пациентов имеющих сопутствующие соматические заболевания. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина относительно безопасны, имеют минимальный спектр побочных явлений, не вызывают привыкания, поэтому применяются как долгосрочное поддерживающее лечение. Относительным недостатком является их длительный период «ожидания» до начала клинического эффекта (от двух до четырех недель), кроме того они усиливают аппетит и снижают либидо. Из нейролептиков используют малые дозы сонапакса, эглонила, тиаприда, хлорпротексена и других. При увеличении доз нейролептиков может возникнуть снижение АД, слабость и т.д.

В последнее время широко используется еще один препарат для лечения тревоги - атаракс. По своему противотревожному действию он намного уступает всем вышеперечисленным, но у него достаточно быстро наступает эффект, отсутствует привыкание, не страдают познавательные функции. Побочным эффектом этого препарата является сонливость, поэтому лучше его назначать на ночь. При лечении больных с сердечно-сосудистой патологией можно использовать грандаксин из-за его вегето-стабилизирующего эффекта. Необходимо учитывать несовместимость данных препаратов с алкоголем. Учитывая все моменты в лечении больных с тревожными расстройствами необходимо учитывать следующее:

- назначать транквилизаторы в минимальных терапевтических дозах, при этом доза подбирается индивидуально;

- с целью профилактики «синдрома отмены» рекомендуется постепенное снижение дозы препарата;

назначение коротких курсов для избежания привыкания.

Для дальнейшей поддерживающей терапии целесообразно назначать современные анитдепрессанты, которые также эффективны при лечении тревожно-фобических состояний и панических расстройств. Такими являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: миансерин, селективный стимулятор обратного захвата серотонина тианептин, флувоксамин, асентра, ципрамил, ципралекс и другие. Огромное значение лечения тревожных состояний на фоне соматических заболеваний является психотерапия. Благоприятными условиями в лечении больных с тревожными расстройствами является интеграция психиатрической и общесоматической служб, создавая благоприятные условия для решения терапевтических задач у больных страдающих тревожными расстройствами.

Профилактические меры являются важнейшим фактором и хорошим способом справиться с напряжением в повседневной жизни:

- забота о своем теле, сбалансированное питание;

- избегать употребление алкоголя, уменьшить употребление сахара и кофеина;

отдых в сочетании с прогулками помогут снизить уровень тревожности и восстановить энергетический и эмоциональный баланс;

по возможности, необходимо избегать напряженных ситуаций.

Первичная профилактика соматогенных расстройств тесным образом связана с профилактикой, ранним выявлением и лечением соматических заболеваний. Вторичная профилактика связана со своевременной и адекватной терапией основного заболевания и психических расстройств. Учитывая, что психогенные факторы (реакция на заболевание и все что с ним связано) имеют важное значение как при формировании соматогенных психических расстройств, так и при возможном утяжелении течения основной соматической болезни. Самая активная роль в этом принадлежит медицинской деонтологии применительно к особенностям каждой специальности. Консультация психотерапевта в поликлинике должна стать первым и необходимым, самым важным шагом к нормализации психического состояния и излечению неприятных симптомов тревоги.

тревожный психический депрессия соматический

Список используемой литературы

1. «Национальное руководство по психиатрии», 2014, под редакцией чл-кор. РАМН Ю.А. Александровского.

. «Тревожные расстройства (психические расстройства в общемедицинской практике и их лечение)», 2004, под редакцией чл-кор. РАМН Ю.А. Александровского.

. «Депрессии при соматических и психических заболеваниях», 2003, М.А. Смулевич.

. «Психофармакотерапия тревожных расстройств пограничного уровня», 2006, А.Б. Смулевич.

. «Психофармакология пограничных психических расстройств», 2000. Ю.А. Александровский, Л.М. Барденштейн, А.С. Аведисова.

. «Психосоматическая медицина. Руководство для врачей», 2006, академик РМН П.И. Сидоров.

7. Журнал «Психические расстройства в общей медицине», №1, 2012. Психофармакотерапия генерализованной тревоги (опыт применения Стрезама и Атаракса), А.В. Андрющенко, Д.В. Романов

8. Журнал «Кардиология» №10, 2012. Тревожно-депрессивное состояние у больных с хронической сердечной недостаточностью пожилого возраста, В.Н. Ларина, Б.Я. Барт.

. Научный журнал «Медицинская психология в России», №10, 2012, Тревога и тревожность: теория и практика. // С.Л. Соловьева.

10. Русский медицинский журнал, №5, 2012. Депрессии в клинической практике врачей общемедицинских специальностей, А.Б. Смулевич; 11. Русский медицинский журнал, №12, 2011. Атаракс при тревожных расстройствах (обзор). // И.В. Рябоконь.

12. Русский медицинский журнал, №8, 2011. Современные подходы к лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике, Г.В. Погосова;

13. Русский медицинский журнал, №1, 2013. Тревожное расстройство в позднем возрасте, Н.М. Михайлова Т.М. Сиряченко

14. Русский медицинский журнал, №3, 2010, Тревога при психических нарушениях непсихотического уровня, Н.М. Михайлова Т.М. Сиряченко;

. Русский медицинский журнал, №3, 2011. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия, А.Е. Бобров

16. Русский медицинский журнал, №12, 2012, Клиническое применение современных антидепрессантов, С.Н. Мосолов;

17. Русский медицинский журнал, №2, 2012. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике, Е.Г. Старостина.