

Афобазол – безопасный препарат для лечения тревоги в общей практике

ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва

Профессор А.С. Аведисова

Тревожные симптомы являются одними из наиболее распространенных психических феноменов. Широта диапазона проявлений тревожного ряда – от адаптивной тревоги (расстройства адаптации) к невротической тревоге (генерализованное тревожное расстройство – ГТР) до выраженных психотических состояний эндогенного генеза, сопровождающихся тревожными нарушениями, свидетельствует, что эти симптомы наблюдаются как у большинства людей в обыденной жизни, так и у пациентов общетерапевтической и психиатрической практик.

Близость тревожного состояния к нормальному человеческому существованию (например, тревога как «двигатель» эволюции и определяющее звено выживаемости) обуславливает значительные вариации в частоте этих состояний – от 2–4 до 20% в популяции, вместе с тем показывая их чрезвычайно высокую распространенность. **Главной психофизиологической особенностью тревоги является то, что это генерализованная реакция, охватывающая весь организм.**

Центральным элементом тревоги является **когнитивный компонент**, представляющий собой чувство диффузного расплывчатого опасения и тревожного ожидания, неопределенного беспокойства, неуверенности, напряжения, трудностей в сосредоточении внимания, предвосхищения опасности, угрозы. Предметная неопределенность феномена тревоги субъективно выражается в ощущении ее мучительности, трудной переносимости, сопровождающейся ощущением неуверенности и беспомощности перед лицом опасности. Неопределенная тревога проявляется в беспокойстве по множеству различных незначительных поводов, которые в сознании больных приобретают неправомерное значение, сулящее, с определенной степенью вероятности, угрозу, несчастье им или их близким. Частым проявлением когнитивного компонента тревоги является беспокойство, что сам больной или его родственник скоро заболеют, или с ними произойдет несчастный случай, а также другие разнообразные волнения и дурные предчувствия. Беспокойство сопровождается ощущением внутреннего напряжения, гиперестезией, раздражительностью, ожиданием неминуемых неприятностей, чувством неразрешимости возникающих проблем.

Второй компонент тревоги – **сомато-вегетативный**, связан с появлением разнообразных неприятных и болезненных ощущений в различных органах и системах органов (тошнота, тахикардия, сухость во рту, потливость, расстройства дыхания и многие другие, как правило, связанные с гиперреактивностью вегетативной нервной системы). Эти сомато-вегетативные сим-

птомы по механизму «обратной связи» являются преципитирующими тревогу факторами и еще более усиливают внутреннее напряжение и беспокойство.

Третий компонент тревоги – **поведенческий/моторный** – включает разнообразное изменение двигательной деятельности: поведение избегания (например, стрессовых событий – фильмов-ужасов, плохих известий и т.д.), суетливость, ажитация, тремор или, наоборот, заторможенность.

Разграничение тревоги и страха обычно базируется на критерии, введенном в психиатрию К. Ясперсом. Тревога ощущается вне связи с каким-нибудь стимулом («свободно плавающая тревога»), не может объективировать опасность, беспредметна и направлена в будущее; объектом тревоги является опасность неконкретная, «неопределенная», «лишенная объекта» (вытеснена в бессознательное). Чем сильнее и интенсивнее тревога, тем более нарушена у человека способность отличать субъективное от объективного, адекватно осознавать и правильно оценивать объекты внешнего мира. В отличие от этого страх соотносится с определенным стимулом и объектом, наполнен конкретным содержанием и предметен.

Пациенты с тревогой являются самыми «заядлыми» посетителями поликлиник, и если учитывать тот факт, что с симптомами тревоги связано приблизительно одна треть всех консультаций в общей практике, можно представить, какое огромное время следует затратить на амбулаторное лечение таких пациентов. Типичные жалобы, которые больные предъявляют общесоматическим врачам, представлены в таблице 1.

Тревога, как правило, выступает либо как основное слагаемое различных психопатологических синдромов, либо как базис, на котором формируются другие психопатологические или психосоматические расстройства.

Наиболее часто к врачам общей практики обращаются больные с тревогой, являющейся облигатным симптомом расстройства адаптации. Это расстройство (в соответствии с диагностическими критериями МКБ–10) возникает в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию. Огромное число жизненных ситуаций может вызывать расстройства адаптации, протекающие с тревогой. Это те эмоциональные стрессы, которые находятся в диапазоне нормальных человеческих переживаний, например, рождение ребенка, начало учебы, женитьба, потеря работы, развод, болезнь, конфликты в семье, на работе, экзамены, болезнь члена семьи, потеря близкого человека (реакция горя), безработица, перемена места жительства и многое другое. Особо важную проблему представляют расстройства адаптации, протекающие с

тревогой и возникающие у больных с соматическими заболеваниями. Стрессовыми факторами при этом могут являться факт госпитализации, постановки нового диагноза, рецидив заболевания, проведение диагностических процедур и операций и многие другие (кстати, обычно врачи недооценивают роль этих стрессовых событий в жизни больного).

Другим расстройством, с которым часто «сталкиваются» врачи общей практики, является ГТР, в структуре которого тревога наблюдается в наиболее «чистом» виде. Это расстройство, в соответствии с классификацией МКБ-10, характеризуется тревогой, носящей генерализованный и стойкий характер, возникающей вне зависимости от каких-либо определенных средовых обстоятельств (даже без их предпочтительности), то есть является «не фиксированной». У детей генерализованная тревога часто проявляется рецидивирующими соматическими жалобами и в потребности быть успокаиваемыми. Одной из отличительных черт ГТР является его течение, а именно хронический или волнообразный (с незначительными периодами утяжеления или послабления имеющейся симптоматики) его характер.

Однако реально оценивая ситуацию, следует подчеркнуть, что врач общей практики, перед которыми стоит вопрос лечения тревожных расстройств, при выборе терапии, скорее, будет опираться на тяжесть проявлений заболевания, чем на классификацию болезней. К тому же быстрота принятия решения о тактике терапии может оказаться решающей для прогноза тревоги. Опыт психиатрической практики, приобретенный в военное время, показал, что трудности в адаптации имеют более благоприятные последствия в случае немедленного начала лечения, включая медикаментозное. Следу-

ет подчеркнуть, что терапия требуется в тех случаях, когда состояние тревоги достигает определенного порога, становясь дезадаптирующим фактором, затрудняя трудоспособность пациента или способствуя обострению прогноза сопутствующих соматических заболеваний.

Можно выделить **несколько категорий пациентов с тревожными расстройствами** на приеме у терапевта и других специалистов общего профиля, которым необходима медикаментозная помощь:

- больные с тревогой, приводящей к снижению работоспособности (в рамках расстройств адаптации или ГТР);
- больные с прогрессирующими или хроническими соматическими заболеваниями, уровень тревоги у которых мешает проведению им соответствующего лечения;
- больные, уровень тревоги у которых, затрудняет диагностическую оценку или проведение диагностических процедур;
- больные с психосоматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь и другие), в генезе и течении которых важное патогенетическое значение имеют тревожные расстройства;
- некоторые больные с соматическими заболеваниями, при которых стресс и тревога могут ухудшить течение соматической патологии.

Препаратами первого выбора при терапии тревоги долгое время были анксиолитики бензодиазепинового ряда. Быстрота начала анксиолитического действия обеспечивала их высокую эффективность при тревожных состояниях. Однако оборотной стороной этого явления оказался высокий риск злоупотреблений и возможность осложнения явлениями зависимости. В связи с этим наиболее распространенные БДЗ ограничены в сроках применения 2–4 неделями, что часто недостаточно для терапии тревожных расстройств. В связи с принятыми во всем мире ограничительными рекомендациями при применении бензодиазепинов, начиная с 1986 года ни в одной стране не было зарегистрировано ни одного нового анксиолитика. Если сравнить такое положение с другими психотропными препаратами, синтез которых в последнее время «переживает» бурный подъем (так, за 3 последних года зарегистрировано 3 новых антидепрессанта, за 6 последних лет – 5 новых антипсихотиков), совершенно очевидно, что как психофармакологи и врачи, так и пациенты на протяжении 20 лет ожидали появления инновационного анксиолитика, лишённого нежелательных явлений бензодиазепиновых производных.

Такой препарат – **Афобазол**, разработан в НИИ фармакологии РАМН на основе оригинальной фармакогенетической концепции анксиолитического эффекта, а также представлений о новой нейрохимической мишени фармакологической коррекции эмоционально-стрессовых реакций, и начал выпускаться ЗАО «Мастерлек». Афобазол не является агонистом бензодиазепинового рецептора, что является инновационной составляющей его механизма действия. В то же время он препятствует развитию мембранозависимых изменений в ГАМК-бензодиазепиновом рецепторном комплексе, наблюдаемых при формировании тревоги и эмоциональ-

| | |
|--------------------------------|--|
| Голова | Головная боль, чувство давления в голове Боли в голове и шее, напряжение в голове, ощущение странности, недомогания в голове – ощущение головокружения – ощущение «падения в обморок» |
| Грудь | Сжатие, сердцебиение, тахикардия Боль в груди Одышка, глубокое дыхание (гипервентиляция), невозможность отдышаться Ком в горле |
| Желудочно-кишечный тракт | Сухость во рту Боль, метеоризм/вздутие, волнение, урчание, диарея, ощущение недомогания «Ком» Ощущение сжатия/напряжения |
| Конечности | Тяжесть Слабость, потливость ладоней «Ватность» ног Боль Ригидность мышц, покалывания и мурашки Дрожь Шаткость |
| Психическое/душевное состояние | «На срыве» Снижение концентрации внимания, волнение Ощущение усталости, подавленности, раздражительности, страха, «сбитости с толку» и др. |

но-стрессовых реакций и приводящих к снижению доступности бензодиазепинового рецепторного участка к соответствующему лиганду.

Афобазол обладает сочетанием отчетливого анксиолитического, вегетостабилизирующего и умеренно выраженного активирующего свойств. Анксиолитическое действие Афобазола не сопровождается гипноседативными эффектами (седативное действие выявляется у Афобазола в дозах, в 40–50 раз превышающих ED50 для анксиолитического действия). У препарата отсутствуют миорелаксантные свойства, негативное влияние на показатели памяти и внимания. При его применении не формируется лекарственная зависимость и не развивается синдром отмены, что позволяет отнести этот препарат к безрецептурным средствам. Спектр клинико-фармакологических эффектов Афобазола представлен на рисунке 1.

Терапевтический эффект Афобазола начинает проявляться уже с первых дней лечения, достигая клинически значимого уровня к концу второй недели терапии. Больные становятся спокойнее, отмечают, что «справляются» с тревогой. В отличие от бензодиазепинов, действие которых проявляется, в основном, в редукции соматической тревоги, при применении Афобазола отмечается не только редукция соматических эквивалентов тревоги, но и когнитивных.

Терапия Афобазолом практически не сопровождается побочными эффектами. Те, которые редко отмечаются (головные боли и тошнота), выражены незначительно, не требуют специальной медикаментозной коррекции, отмены препарата и проходят самостоятельно. Особо следует отметить, что препарат не вызывает се-

дации, что позволяет пациентам сохранять привычную активность и способствует их высокой комплаентности. В связи с этим Афобазол, в отличие от бензодиазепинов, может применяться у лиц, профессиональная деятельность которых требует сохранности функций внимания и памяти, в том числе и при вождении автомобиля.

Важной особенностью Афобазола является отсутствие у препарата свойств, определяющих развитие синдрома «отмены» при резком прекращении лечения. Это выгодно отличает Афобазол от традиционных анксиолитиков-бензодиазепинов и позволяет использовать его длительное время в соответствии со стандартами терапии генерализованной тревоги.

Несмотря на то, что Афобазол уже широко применяется для лечения больных с тревожными нарушениями, изучение его продолжается. Дело в том, что экспериментальные данные (табл. 2) позволяют предположить наличие у препарата ряда других, очень важных для клинической практики, терапевтических эффектов – нейропротекторных, антимутагенных, стресспротекторных, иммуномодулирующих. Такие работы уже проводятся в ведущих российских институтах и клиниках.



Рис. 1. Спектр психофармакологической активности Афобазола

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Способность Афобазола значительно улучшать кровоснабжение ишемизированного мозга - нейропротекторный эффект (И. В. Силкина и др.) ● Нейропротекторный и анксиолитический эффекты Афобазола (Д. С. Мелкумян и др.) ● Нейропротекторные свойства Афобазола (И. П. Галаева и др.) ● Антимутагенная активность Афобазола <i>in vivo</i> (Жанатаев А. К. и др.) ● Купирование эмоционального стресса после действия ионизирующей радиации на организм (Мороз Б. Б. и др.) |
|--|

Таблица 2. Экспериментальные данные – обоснование дальнейших исследований Афобазола

новый оригинальный
отечественный
препарат

ВСЁ СЛОЖИТСЯ!

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



Реклама

www.afobazol.ru