

Рекомендации по диагностике и лечению тревожных расстройств

Тревожные расстройства – распространенные психические заболевания, которые негативно влияют на качество жизни пациента. На сегодняшний день по-прежнему актуальными являются своевременная диагностика и адекватная терапия расстройств данного спектра. Несмотря на множество методов, рекомендованных для лечения тревожных расстройств, выбор наиболее подходящей схемы зависит от индивидуальных особенностей больного, превалирующих симптомов и экономических возможностей. Кроме того, в диагностике и терапии тревожных расстройств важно учитывать роль врачей первичной медицинской помощи, потому как именно к ним в первую очередь обращаются пациенты. В *Deutsches Ärzteblatt International* (2014; 111: 473-480), являющемся официальным журналом Немецкой медицинской ассоциации и Федеральной ассоциации больничных касс Германии, опубликовано руководство В. Bandelow et al., где представлены результаты контролируемых испытаний эффективности психо- и фармакотерапии при тревожных расстройствах, отобранных путем систематического поиска оригинальных статей.

Специфические фобии, распространенность которых на протяжении года составляет 10,3%, – наиболее часто встречающийся тип тревожных расстройств, хотя лица, страдающие данным заболеванием, реже всего обращаются за помощью (Jacobi, 2014). Следующим по частоте является паническое расстройство с агорафобией (6%), затем – социальная фобия (2,7%) и генерализованное тревожное расстройство (ГТР) (2,2%). Данные патологии часто развиваются в сочетании с другими тревожными нарушениями, большим депрессивным, соматоформными и аддиктивными расстройствами (Jacobi, 2004). В настоящее время принято считать, что тревожные расстройства возникают в результате взаимодействия психо-социальных, генетических и нейробиологических факторов.

Рабочей группой были выявлены все доступные рандомизированные клинические испытания (РКИ), опубликованные до 1 июля 2013 г. Поиск соответствующих РКИ на английском и немецком языках проводился в базах данных PubMed и Web of Science. Из выявленных 1317 сообщений 403 РКИ соответствовали критериям включения для разработки руководства (оригинальные публикации в рецензируемых журналах, изучение терапии тревожных расстройств, диагностированных в соответствии с критериями МКБ или DSM, наличие групп плацебо или активного контроля). Уровни доказательности и степени рекомендаций в РКИ представлены в таблице 1.

Диагностика тревожных расстройств

В ФРГ диагностика тревожных расстройств проводится в амбулаторных или стационарных условиях в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. Однако они часто остаются нераспознанными, в частности из-за жалоб, которые могут маскировать вызвавшую их тревогу, в частности болей, нарушений сна или других соматических проблем (Wittchen et al., 2002). Дифференциальная диагностика данных патологий должна включать другие распространенные

Таблица 1. Уровни доказательности и степени рекомендаций (Eccels, Mason, 2001)

Уровень доказательности	Определение	
Ia	Доказательства метаанализа, как минимум, трех РКИ	
Ib	Доказательства, как минимум, одного РКИ или метаанализа менее трех РКИ	
IIa	Доказательства, как минимум, одного методологически значимого нерандомизированного контролируемого испытания	
IIb	Доказательства, как минимум, одного методологически значимого квазиэкспериментального описательного исследования	
III	Доказательства методологически значимых неэкспериментальных наблюдательных исследований, например сравнительных, корреляционных испытаний и изучений случаев	
IV	Доклады экспертных комитетов, экспертное мнение и/или клинический опыт признанных авторитетов	
Степень рекомендации	Положительная рекомендация	Отрицательная рекомендация
A	«Должен»: как минимум, одно РКИ хорошего качества и непосредственная постоянная поддержка рекомендации без экстраполяции данных (уровни доказательности Ia и Ib)	«Не должен»: рекомендация основана на данных с уровнями доказательности Ia и Ib
B	«Следует»: хорошо проведенные испытания, но не РКИ, поддерживают рекомендацию непосредственно (уровни доказательности II и III) или посредством экстраполяции данных уровня доказательности I, если исследователи не обращались непосредственно к этому вопросу	«Не следует»: рекомендация основана на данных с уровнями доказательности II и III
O	«Может»: доклады экспертных комитетов, экспертное мнение и/или клинический опыт признанных авторитетов (уровень доказательности IV), или экстраполяция данных с уровнями доказательности IIa, IIb или III. Такая степень рекомендации указывает, что клинические исследования высокого качества, которые могли бы быть применены для рассмотрения, отсутствуют	

тревожные расстройства, большое депрессивное, соматоформные расстройства, а также такие соматические заболевания, как ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма и др. (табл. 2).

Принципы оказания помощи

Врачи первичной медицинской помощи часто являются первыми, с кем контактирует пациент, поэтому им принадлежит значительная роль в процессе оказания терапевтических услуг. До 15% пациентов получают лечение исключительно в сети первичной медицинской помощи и не обращаются за консультацией к специалисту (Wittchen et al., 1998). Психотерапия проводится психотерапевтами, которые являются либо врачами, либо сертифицированными психологами. Если не удастся достичь улучшения, или у пациента обнаруживаются суицидальные намерения, его следует направить к психиатру. Лечение тревожных расстройств обычно проводится в амбулаторных условиях. Показания для госпитализации включают суицидальные намерения, недостаток вариантов терапии для дальнейшего амбулаторного ведения, наличие тяжелой тревоги и выраженные сопутствующие заболевания.

Рекомендации по лечению

Общепринятыми показаниями для лечения являются: наличие тревожного расстройства, соответствующего определению МКБ-10, умеренного или тяжелого дискомфорта у пациента, психосоциальных проблем или других осложнений (например, употребление психоактивных веществ). Рекомендации по терапии обобщены в таблице 3. При тревожных расстройствах могут применяться психотерапия и/или медикаментозное лечение, а также некоторые другие вмешательства. Следует отметить, что метаанализы как психотерапевтического, так и фармакологического лечения указывают на умеренную или высокую силу эффекта при сравнении с контрольными группами. Уровень терапевтического ответа для первоначально выбранного лечения находится в диапазоне от 45 до 65%.

Таблица 2. Краткое описание основных тревожных расстройств в соответствии с МКБ-10 (WHO, 1991)

Тревожное расстройство	Описание	Диагностические примечания
Паническое расстройство (F41.0)	Приступы тревоги (атаки с внезапным началом), сопровождающиеся физическими проявлениями тревоги (сердцебиение, потливость, тремор, сухость во рту, одышка, чувство комка или сжатия в горле, боль, давление или сжатие в груди, тошнота или другой дискомфорт в животе, головокружение, шаткость, обморок или чувство слабости, ощущение нереальности окружающего, словно во сне, холодные или горячие приливы, оцепенение, парестезии) и страхом утраты контроля, сойти с ума, потерять сознание или умереть. Такие панические атаки развиваются внезапно, достигая пика в течение 10 минут	Панические атаки могут возникать вне периодов плохого настроения; в большинстве случаев с паническими атаками связана агорафобия
Агорафобия (F40.0): с паническим расстройством (F40.00), без панического расстройства (F40.01)	При агорафобии с паническим расстройством пациенты испытывают не только описанные выше панические атаки, но также боятся мест, которые трудно покинуть или из которых тяжело удалиться, если случится паническая атака. У таких пациентов часто панические атаки бывают в толпе, общественном транспорте или закрытом пространстве (например, в лифте). Нередко отмечается страх пребывать где-либо одному. Сопровождение другим человеком зачастую уменьшает тревогу	Если пациент сообщает об агорафобии, следует рассмотреть диагноз панического расстройства
Генерализованное тревожное расстройство (F41.1)	Пациенты страдают от соматических симптомов тревоги (дрожь, сердцебиение, головокружение, напряжение в мышцах и др.), а также испытывают трудности концентрации внимания, нервозность, бессонницу и другие психические симптомы. Обычно они не могут сказать, чего именно боятся, однако постоянно поглощены страхом, например, что с ними (или их родственником) может произойти несчастный случай или они могут заболеть. Пациентов может волновать то, что они находятся в состоянии постоянного беспокойства («метабеспокойство»)	В отличие от панического расстройства, соматические проявления тревоги не возникают в форме приступов (атак), это, скорее, сочетание, в той или иной мере постоянное, состояние. Пациенты с паническим расстройством боятся за свое здоровье, а при ГТР больные больше переживают за здоровье своих близких
Социальная фобия (F40.1)	Пациенты испытывают страх в ситуациях, где они находятся в центре внимания – например, при публичных выступлениях, обращении к наделенным властью лицам, разговоре с начальством на работе или людьми противоположного пола. Они боятся выглядеть неуклюже, скованно или что их будут негативно оценивать.	Во многих случаях пациенты стыдятся обсуждать свои социальные страхи. Это приводит к тому, что данное состояние остается недиагностированным
Специфические фобии (F40.2)	Такие фобии ограничиваются отдельными ситуациями и стимулами, часто связанными с животными или другими природными феноменами (кошки, кровь, высота и т. д.)	Пациенты очень редко обращаются за профессиональной помощью по поводу изолированных фобий
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2)	Одновременное присутствие тревоги и депрессии, когда ни одно из этих проявлений не преобладает. Однако также ни одно из них не является настолько тяжелым, чтобы диагностировать тревожное или депрессивное расстройства	Если симптомы удовлетворяют критериям тревожного и депрессивного расстройств, должны быть поставлены оба диагноза, а не только лишь смешанного тревожно-депрессивного расстройства

Таблица 3. Обобщенные рекомендации по лечению тревожных расстройств

Лечение	Рекомендации	Уровень доказательности	Степень рекомендации																																								
Психо- и фармакотерапия	Пациентам, страдающим ПР/А, ГТР или СФ, рекомендуются: <ul style="list-style-type: none"> • психотерапия • медикаментозное лечение Следует учитывать предпочтения хорошо проинформированного пациента. Больного необходимо просвещать, в частности, о начале и продолжительности действия, побочных эффектах и доступности того или иного вида (модальности) лечения	Ia	A																																								
	Если психо- или фармакотерапия недостаточно эффективны, следует перейти от одного вида лечения к другому или к их сочетанию	Согласие экспертов	МКП																																								
Психотерапия и другие мероприятия																																											
КПТ	Пациентам, страдающим ПР/А, ГТР, СФ или специфическими фобиями, следует предложить КПТ	Ia	A																																								
Психодинамическая терапия	Пациентам, страдающим ПР/А, ГТР или СФ, рекомендуется психодинамическая терапия, если КПТ недоступна или неэффективна, или больной после предоставления ему информации о всех доступных типах лечения отдает предпочтение психодинамической терапии	IIa	B																																								
Физические упражнения (аэробика, пробежки по 5 км три раза в неделю)	Пациентам, страдающим ПР, можно рекомендовать занятия физическими упражнениями (тренинг выносливости) в качестве дополнения к стандартному лечению	Согласие экспертов	МКП																																								
Группы самопомощи для пациентов и поддержки для членов семей	Пациентам и их семьям следует предоставить информацию о группах самопомощи и поддержки семей и поощрять участие в них	Согласие экспертов	МКП																																								
Психотропные средства																																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Препарат</th> <th>ПР/А</th> <th>ГТР</th> <th>СФ</th> <th>Дневная доза, мг</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>СИОЗС</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ИОЗСН</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ТЦА</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Модуляторы кальция</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Трициклические анксиолитики</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Азапироны</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Обратимые ИМАО-А</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Препарат	ПР/А	ГТР	СФ	Дневная доза, мг	СИОЗС					ИОЗСН					ТЦА					Модуляторы кальция					Трициклические анксиолитики					Азапироны					Обратимые ИМАО-А						
Препарат	ПР/А	ГТР	СФ	Дневная доза, мг																																							
СИОЗС																																											
ИОЗСН																																											
ТЦА																																											
Модуляторы кальция																																											
Трициклические анксиолитики																																											
Азапироны																																											
Обратимые ИМАО-А																																											
СИОЗС	Циталопрам ¹	x			20-40	Ia	A																																				
	Эсциталопрам ²	x	x	x	10-20	Ia	A																																				
	Пароксетин	x	x	x	20-50	Ia	A																																				
	Сертралин	x		x	50-150	Ia	A																																				
ИОЗСН	Дулоксетин		x		60-120	Ia	A																																				
	Венлафаксин	x	x	x	75-225	Ia	A																																				
ТЦА	Кломипрамин ³	x			75-250	Ia	B																																				
Модуляторы кальция	Прегабалин		x		150-600	Ia	B																																				
Трициклические анксиолитики	Опирамол ³		x		50-300	Ib	0																																				
Азапироны	Бупирон ³		x		15-60	Ib	0																																				
Обратимые ИМАО-А	Моклобемид ³			x	300-600	Согласие экспертов	МКП																																				

Примечания: ¹ – Не превышать рекомендованные дозы (продолгация интервала QT). Максимальная доза у лиц с печеночной недостаточностью – 30 мг/сут, у пациентов пожилого возраста – 20 мг/сут. ² – Не превышать рекомендованные дозы (продолгация интервала QT). Максимальная доза у пациентов старше 65 лет – 10 мг/сут. ³ – Если препараты со степенью рекомендации A или B неэффективны или плохо переносятся. ПР/А – панические расстройства с агорафобией; СФ – социальная фобия; МКП – мнение в клинической практике; ИМАО-А – ингибиторы моноаминоксидазы А.

После тщательного рассмотрения индивидуальных факторов (предпочтения пациента, терапия в прошлом, тяжесть расстройства, сопутствующие заболевания, включая злоупотребление психоактивными веществами, суицидальный риск и др.) следует составить план лечения. Все вмешательства необходимо проводить на основе действующих и поддерживаемых терапевтических отношений. Так, лечащий врач и психолог должны информировать пациентов в свете доступных доказательств об их диагнозе и вероятности улучшения при каждом возможном виде лечения. Помимо этого, больного следует проинформировать об альтернативах при необходимости комплексного лечения, возможных показаниях, дискомфорте, риске и шансах на улучшение, связанных с ним.

Кроме того, в лечебные мероприятия рекомендуется интегрировать родственников больного. Также особое внимание необходимо уделять экономическому аспекту терапии (Bandelow et al., 2013).

Психотерапия

На сегодняшний день проведено множество РКИ, посвященных эффективности когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) для каждого из четырех типов тревожных расстройств. Так, было показано положительное влияние КПТ по сравнению с активным контролем или листом ожидания. Необходимо отметить, что при проведении КПТ следует полагаться на эмпирически валидизированные протоколы (руководства). Пациентам с избегающим поведением (например, при агорафобии) целесообразно выполнять КПТ с экспозицией, то есть с конфронтацией ситуаций, вызывающих тревогу. Установлено, что экспозиционная терапия, при которой пациент сопровождается терапевтом, является эффективной (Gloster et al., 2011).

Психодинамические методы в предыдущих руководствах редко рассматривались по причине недостаточного количества проведенных исследований. Комитет разработчиков руководства провел независимый поиск литературы, для того чтобы интегрировать данные недавно опубликованных испытаний краткосрочной психодинамической терапии. РКИ психодинамических методов лечения значительно меньше и их качество ниже, чем РКИ, в которых изучали КПТ, а некоторые имеющиеся сравнительные исследования указывают на превосходство КПТ. Таким образом, при паническом расстройстве с агорафобией, ГТР или социальной фобии психодинамическая психотерапия рекомендуется, если КПТ неэффективна либо недоступна, или пациент (соответствующим образом информированный) отдает предпочтение психодинамической терапии. Доступные доказательства указывают на положительный эффект поведенческой терапии при специфических фобиях, в которую следует включать экспозиционное лечение.

Имеющиеся в настоящее время данные не позволяют вынести правомерные рекомендации о продолжительности психотерапии, поскольку большинство испытаний длились от 10 до 24 недель, и лишь в немногих из них сравнивалась эффективность краткосрочного и длительного лечения. Именно поэтому продолжительность терапии следует планировать индивидуально в зависимости от тяжести заболевания, сопутствующих расстройств и общей психосоциальной ситуации. Доступные исследования указывают, что при специфических фобиях достаточно успешными могут быть несколько сессий экспозиционного лечения.

Комитет разработчиков руководства также изучил техники без непосредственной поддержки специалиста, которые проводятся с помощью компьютерных программ или сети Интернет. Результаты многих исследований такого вида лечения были опубликованы за последние несколько лет, однако их недостаточно, чтобы сделать вывод о том, что оно настолько же эффективно, как и индивидуальная КПТ. Кроме того, в ФРГ лечебные интервенции без непосредственного личного контакта со специалистом не покрываются страховкой. В дополнение, могут возникать проблемы медико-правового характера (например, в случае суицидальных намерений и поведения), а также не полностью урегулированы вопросы конфиденциальности данных. Пациентам с паническим расстройством можно рекомендовать вмешательства без поддержки специалиста на основе КПТ, включающие книги, аудиоматериалы, компьютерные программы

или интернет-ресурсы в форме самопомощи, для ознакомления перед началом лечения или в качестве дополнения к проводимому непосредственно терапевтом.

В РКИ также изучалась групповая КПТ, однако на сегодняшний день имеется слишком мало доказательств, чтобы сделать заключение об одинаковой эффективности групповой и индивидуальной терапии. Вместе с тем представляется уместным проведение группового тренинга по повышению уверенности в себе, например для лиц с социальной фобией. В таких случаях в процесс лечения следует включить оба формата – индивидуальный и групповой. Также оправдано применение групповой терапии, если индивидуальная недоступна.

Комитет разработчиков руководства выявил слишком мало поддерживающих доказательств, чтобы рекомендовать другие формы психотерапии (прикладная релаксация, межличностная, клиент-центрированная терапия и др.).

Фармакотерапия

К рекомендациям степени А отнесены две категории препаратов: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН). Степень рекомендации В присуждена трициклическому антидепрессанту (ТЦА) кломипрамину при паническом расстройстве и прегабалину при ГТР. Бензодиазепины, несмотря на их эффективность, не следует назначать, поскольку они обладают серьезными побочными действиями (в том числе, развитие зависимости). Только в исключительных случаях, как, например, тяжелые заболевания сердца, противопоказания для использования стандартных антидепрессантов (суицидальные намерения или другие ситуации), бензодиазепины могут быть назначены кратковременно, после тщательного взвешивания риска и пользы.

Медикаментозное лечение следует проводить в соответствии с общепринятыми медицинскими стандартами. Пациент должен быть проинформирован о побочных эффектах и предостережениях, а врач – получить дополнительные сведения, если в инструкции препарата отсутствует необходимая информация. Больных, которым назначены антидепрессанты, следует предупредить, что действие препарата проявляется с задержкой около двух недель (диапазон – 1-6 недель).

СИОЗС и ИОЗСН имеют сравнительно пологие кривые зависимости эффекта от дозы, то есть около 75% пациентов реагируют на начальную (низкую) дозировку. У некоторых больных лечение имеет смысл начинать с половины рекомендуемой дозы, другим целесообразно назначать препараты в более высоких дозировках. Коррекция дозы может быть необходимой у лиц с печеночной недостаточностью. Для того чтобы избежать агитации и бессонницы, препарат следует принимать утром или в первой половине дня. В дальнейшем прием СИОЗС или ИОЗСН должен продолжаться в виде поддерживающего лечения в той же дозе, что и в острой фазе терапии. После достижения ремиссии следует продолжать фармакотерапию на протяжении 6-12 или более месяцев, если отмена препарата приводит к возврату тревоги, тревожное расстройство является достаточно тяжелым или в анамнезе пациента могут быть указания на необходимость длительного лечения. К окончанию терапии дозу целесообразно снижать постепенно медленно, чтобы избежать синдрома рикошета.

В ходе исследований было получено незначительное количество доказательств, поддерживающих какие-либо рекомендации по медикаментозному лечению специфических фобий.

Сочетание психо- и фармакотерапии при рефрактерной тревоге

Было проведено множество сравнительных испытаний психотерапии, медикаментозного лечения и их сочетания при паническом расстройстве. В большинстве из них указывалось, что их комбинация превосходит монотерапию любого из этих видов лечения. К сожалению, доказательства, полученные в ходе немногих исследований по изучению ГТР и социальной фобии, противоречивы. Кроме того, ни в одном из испытаний не указывалось, что один из данных видов терапии хуже другого. Если в отдельно взятом случае неэффективна фармакологическая или психотерапия, следует заменить один вид лечения другим или перейти к их комбинации. Если же отсутствует терапевтический ответ на прием первого препарата спустя 4-6 недель, его следует заменить

Таблица 4. Пошаговый план альтернатив фармакотерапии, если первоначально используемый препарат для лечения тревожного расстройства неэффективен или плохо переносится (модиф. из Bandelow et al., 2008)*

Мероприятие	Процедура	
Замена одного стандартного препарата другим	Заменить один СИОЗС другим Заменить СИОЗС на ИОЗСН, или наоборот Заменить на ТЦА Заменить прегабалином (только при ГТР)	
Замена нестандартными препаратами		
Замена препаратом, который одобрен для лечения других тревожных расстройств	Заменить прегабалином Заменить моклобемидом, опипрамолом или гидроксизиним Заменить бензодиазепином (только в редких случаях, когда это клинически оправдано)	
Замена препаратом, который не одобрен для лечения тревожных расстройств, но продемонстрировал эффективность в РКИ	Паническое расстройство	Миртазапин, кветиапин, фенелзин, вальпроевая кислота, инозитол
	ГТР	Кветиапин в рефрактерных случаях Добавить к лечению антидепрессантами рисперидон или оланзапин
	Социальная фобия	Миртазапин, габапентин, прегабалин, оланзапин
Замена препаратом (или комбинацией препаратов), который показал эффективность в открытых исследованиях	Паническое расстройство	Сочетание СИОЗС с ТЦА; монотерапия оланзапином; комбинация СИОЗС с оланзапином или ТЦА; добавление к лечению СИОЗС пиндолола; сочетание вальпроевой кислоты и клоназепамом В рефрактерных случаях в открытых исследованиях отмечали эффективность добавления к лечению ТЦА оланзапина и флуоксетина; добавление к лечению СИОЗС ТЦА; добавление к лечению ТЦА флуоксетина; добавление к лечению СИОЗС оланзапина
	ГТР	Зипразидон
	Социальная фобия	Леветирацетам, топирамат, транилципромин; в рефрактерных случаях – добавление к лечению СИОЗС бупирона
Замена препаратом (или комбинацией), об эффективности которого сообщалось в сериях случаев	Паническое расстройство	Добавление лития к лечению кломипрамином; в рефрактерных случаях сообщалось об эффективности сочетания вальпроевой кислоты с клоназепамом

Примечание: * – В настоящее время не все указанные препараты и не во всех странах показаны для лечения данной группы пациентов. При необходимости, целесообразно обратиться за дополнительной информацией по их назначению.

другим стандартным средством. В случае частичного ответа вначале следует рассмотреть повышение дозы.

В таблице 4 представлен поэтапный план вариантов медикаментозной терапии при неэффективности или непереносимости препаратов. Если замена другим стандартным средством безуспешна, рекомендуется перейти к препарату второй линии выбора, например к ТЦА или прегабалину.

Лечение тревожных расстройств у пациентов пожилого возраста

В ходе испытаний изучалось лечение пожилых пациентов, страдающих ГТР, а не другими тревожными расстройствами, вероятно, в связи с тем, что в данной возрастной группе они наблюдаются гораздо реже. Доступны результаты нескольких исследований КПТ, согласно которым среди лиц старше 65 лет данный метод менее эффективен, чем в возрасте 18-65 лет. Кроме того, лишь в немногих испытаниях, посвященных фармакотерапии, была показана эффективность дулоксетина, венлафаксина, прегабалина и кветиапина.

У пациентов пожилого возраста должны строгим образом учитываться вероятные лекарственные взаимодействия и противопоказания, наряду с такими факторами, как высокая чувствительность к антихолинергическим эффектам, высокий риск ортостатической гипотензии, изменений на ЭКГ и падений, а также возможные парадоксальные реакции на бензодиазепины.

Беременность и грудное вскармливание

У беременных женщин должен быть тщательно взвешен риск нелеченого тревожного расстройства с риском вреда для плода в результате терапии. Врачу в таких случаях следует выяснить, является ли психотерапия более предпочтительной, чем фармакологическое лечение. Некоторые авторы сообщают о высоком риске, связанном с использованием антидепрессантов (Oyebo et al., 2012; Udechuku et al., 2010; Tuscogi et al., 2009), поэтому их следует назначать с осторожностью. Подробную оценку риска необходимо в обязательном порядке проводить у пациенток, вскармливающих грудью.

Физические упражнения

Физические упражнения в качестве лечения рекомендуются при паническом расстройстве (тренинг выносливости, аэробика, пробежки по 5 км три раза в неделю). Однако имеется недостаточно доказательств для того, чтобы применять их в виде монотерапии. В проведенных на сегодняшний день исследованиях показано, что физические упражнения менее эффективны, чем фармакотерапия, а релаксация ненамного эффективна по сравнению с контрольным лечением (Broocks et al., 1998; Wedekind et al., 2010).

Группы самопомощи

Пациентов следует информировать о группах самопомощи и семейной поддержки и поощрять участие в них.

Выводы

Таким образом, для лечения тревожных расстройств авторы рекомендуют применять психо-, фармакотерапию или оба этих вида лечения. Медикаментозное лечение следует продолжать на протяжении 6-12 месяцев после достижения ремиссии. Из всех психотерапевтических техник применение КПТ поддерживается доказательствами наивысшего уровня. Психодинамическая терапия рекомендуется в качестве второй линии лечения. Противотревожными средствами первого выбора являются СИОЗС и ИОЗСН.

В случае недостаточной эффективности психо- или фармакотерапии целесообразно перейти от одного вида лечения к другому или к их комбинации.

Подготовил Станислав Костюченко

Оригинальный текст документа читайте на сайте www.aerzteblatt-international.de