



COLLOQUIUM

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА  
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ  
«ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНЫХ  
РАССТРОЙСТВ В РФ»,  
ПРОВЕДЕННОГО В РАМКАХ ПРОЕКТА «МАГИСТР»**



# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ

## Статистические сведения Минздрава РФ

Контингент зарегистрированных в течение года больных **невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (вся глава F4) 0,3% населения (2013 год)**  
[Казаковцев и соавт., 2015]

Других данных о распространенности тревожных расстройств в РФ нет

## Эпидемиологические исследования

Распространенность в течение года психических расстройств:

Тревожные расстройства - самая распространенная группа психических р-тв в популяции.

Исследование в США [Kessler R. et al., 2005]  
**18,1% населения в год.**

В т.ч.: Специфические фобии - 8,7%, Социофобия - 6,8%, ПТСР - 3,5%, ГТР - 3,1%, Паническое расстройство - 2,7%

Мета-анализ эпидемиологических исследований разных стран мира 1980-2013 гг.: распространенность тревожных р-тв в течение года - **6,7% населения** [Steel Z., 2014]

## Различие в десятки раз! В чем проблема???

Несовершенство статистического учета?  
Низкая заболеваемость в РФ? (мало «стрессов»??)

Низкая обращаемость?  
Плохая диагностика?



**ОПРОС РОП**  
**«Диагностика и терапия тревожных расстройств в РФ»**

**Методика**



## ИНТЕРНЕТ ОПРОС

### «Диагностика и терапия тревожных расстройств в РФ»

- Проведен среди российских врачей-психиатров в ноябре 2016 - феврале 2017
- **Цель опроса:** изучить практический опыт диагностики и лечения тревожных расстройств российскими специалистами; дать относительную оценку частоты использования диагнозов из группы тревожных расстройств
  - Особое внимание в опросе уделено Генерализованному Тревожному Расстройству (ГТР), в т.ч. опрос включал отдельную страницу для тех врачей, кто ставит диагноз ГТР, и тех, кто его не ставит
- Привлечение к участию в опросе:
  - Персональная рассылка приглашения специалистам, зарегистрированным на сайте Российского общества психиатров (РОП)
  - Публикация ссылки на анкету на сайте РОП, сайте «Врачи РФ»



## УЧАСТНИКИ ОПРОСА

- **1015** врачей с базовой подготовкой по психиатрии, из них **68%** ответили на все вопросы анкеты
- Основная специальность: **75% - психиатр**, 14% - психотерапевт, 4% - нарколог, 4% детский/подростковый психиатр
- Место работы: **44% - Амбулаторная психиатрическая служба**, 26% - Психиатрические больницы, **15% - Психиатры/психотерапевты соматической сети**, 15% - Научно-педагогические работники
- *18% - указали два и более места работы*
- Регионы: Представители **77 регионов РФ** (Москва+СПб = 25%)
- Стаж: в среднем **16,9 лет** (медиана 16,0; от 1 до 57 лет)
- 141 респондент - к.м.н., 53 - д.м.н.

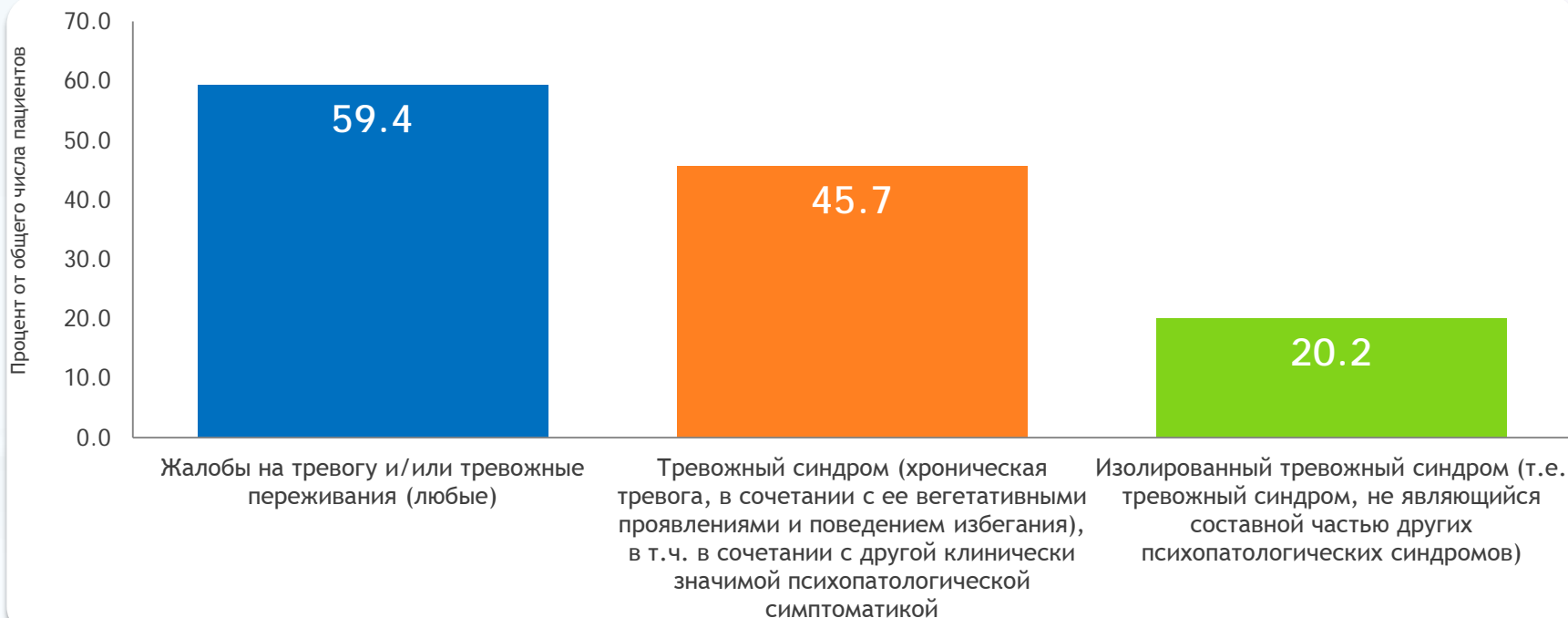


## РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА

### 1. Частота использования диагнозов тревожных расстройств



## «КАКАЯ ДОЛЯ ВАШИХ ПАЦИЕНТОВ ИМЕЕТ ТРЕВОГУ В РАЗЛИЧНЫХ ЕЕ ПРОЯВЛЕНИЯХ?»



Чаще тревогу у пациентов наблюдали врачи **Дневных стационаров, Научно-исследовательских институтов, Частной практики, Психосоматических отделений многопрофильных больниц**



Был задан вопрос о частоте использования диагнозов:

**10. Как часто на протяжении последнего года Вы выставляли своим пациентам диагнозы тревожных расстройств и расстройств, связанных со стрессом?**

	Ни разу	Несколько раз (1-2 пациента за год)	Иногда (1-2 пациента в месяц)	Часто (1-2 пациента в неделю)	Очень часто (1-2 пациента в день)
Агорафобия с/без ПР [F40.0]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Социофобия [F40.1]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Специфические (изолированные фобии) [F40.2]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Паническое расстройство (ПР)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





**Процент респондентов, которые использовали соответствующие диагнозы хотя бы раз в течение года предшествовавшего опросу**



**Здесь и далее:** Включены только те врачи, которые проводили клиническую диагностику на протяжении последнего года, n=964

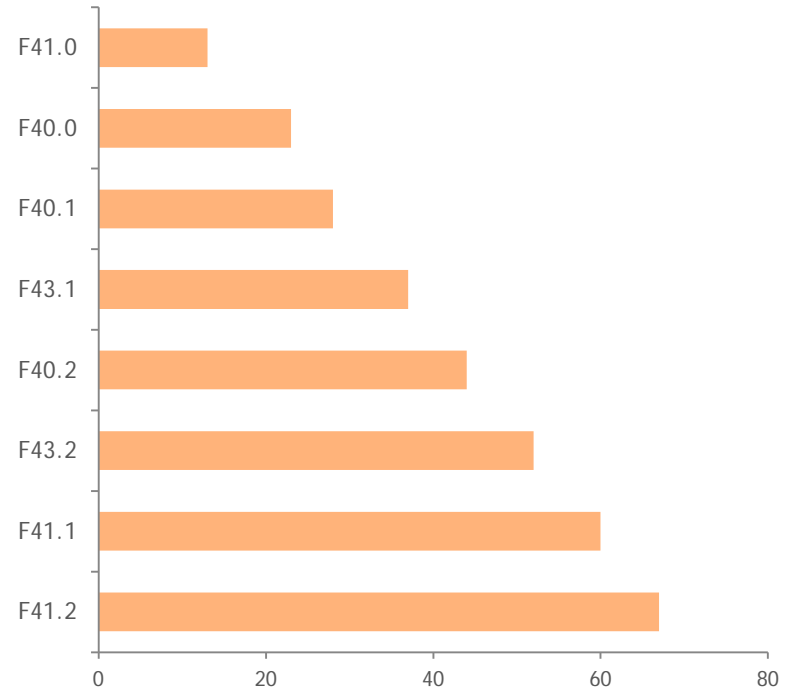


# Для сравнения: Данные опроса ВПА-ВОЗ

Глобальный опрос психиатров ВПА-ВОЗ (4887 участников из 44 стран): Процент психиатров, отметивших рубрики МКБ-10, которые они используют как минимум раз в неделю в своей повседневной клинической практике [Reed G., 2011]



Тревожные и связанные со стрессом расстройства - одни из наиболее часто используемых диагнозов психиатрами в мире

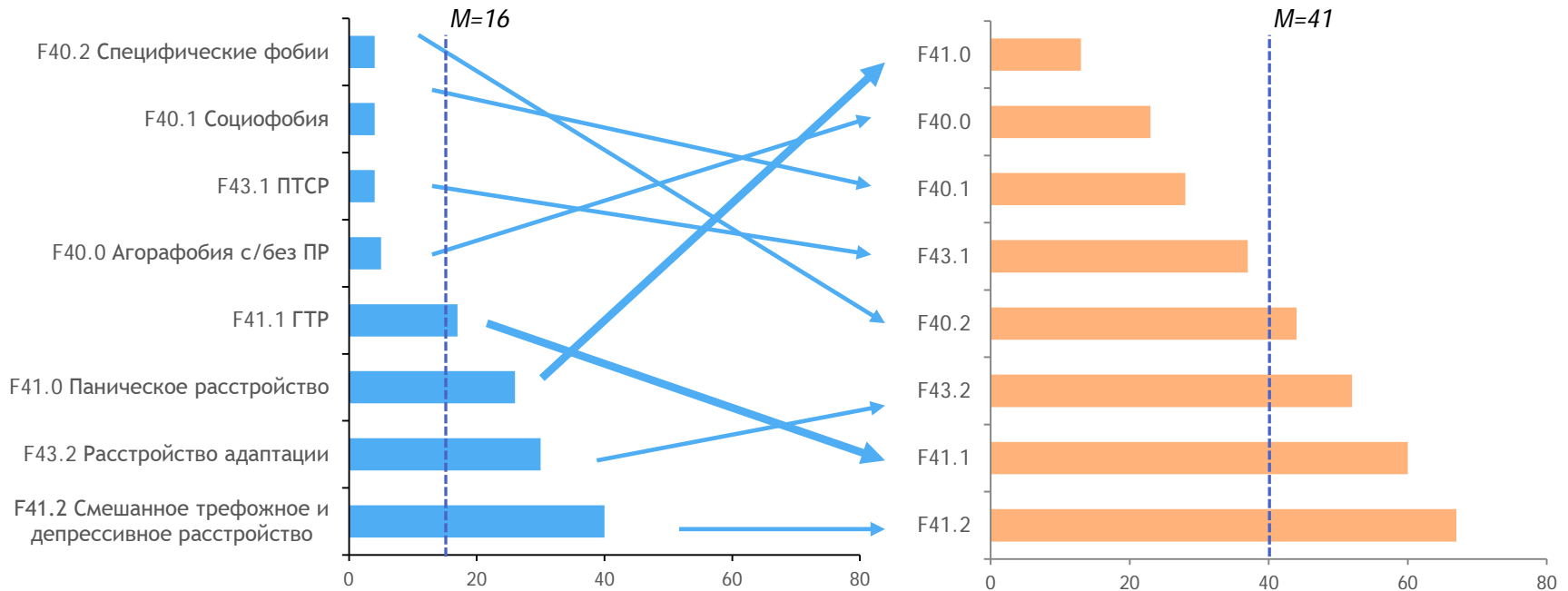




# Сопоставление результатов опросов РОП и ВПА-ВОЗ

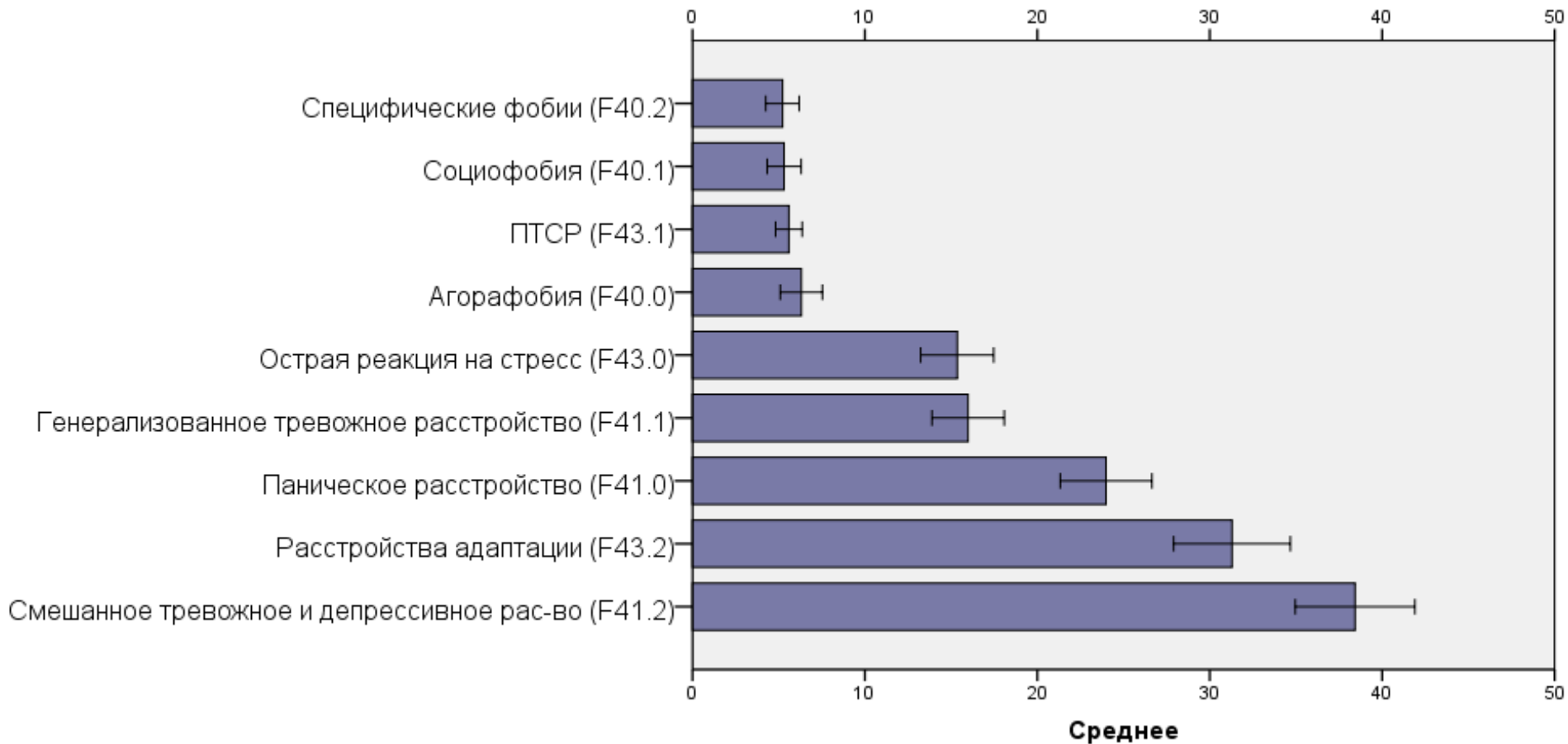
**Опрос РОП** о диагностике тревожных расстройств в РФ (1015 участников из РФ): Процент психиатров, отметивших рубрики раздела F4 МКБ-10, которые они используют как минимум раз в неделю в своей повседневной клинической практике

**Глобальный опрос психиатров ВПА-ВОЗ** (4887 участников из 44 стран): Процент психиатров, отметивших рубрики F4 МКБ-10, которые они используют как минимум раз в неделю в своей повседневной клинической практике [Reed G., 2011]





## Среднее количество больных с соответствующими диагнозами в пересчете на 1 врача за 1 год





## САМЫЙ ЧАСТЫЙ ДИАГНОЗ - СМЕШАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ И ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (F41.2)

- *Из комментариев в опросе:*  
«F41.2 выставляю чаще, так как тревога и депрессия, как две сестры-близняшки, по отдельности не ходят»



## СМЕШАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ И ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО F41.2

В соответствии с МКБ-10 должно быть:

- **Субсиндромальная выраженность** тревоги и депрессии, что не позволяет поставить диагноз самостоятельного тревожного или депрессивного расстройства;
- Отсутствие доминирующей симптоматики - симптомы тревоги и депрессии имеют примерно одинаковую выраженность;
- При достаточной выраженности тревожного и депрессивного синдрома ставится 2 диагноза (напр. ГТР и умеренный депрессивный эпизод), а «если из практических соображений можно установить только один диагноз, депрессии следует отдать предпочтение»



## «СМЕШАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ И ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО» F41.2

- Диагноз F41.2 имеет глубокие исторические корни:
  - Тревога традиционно рассматривалась как неспецифическое проявление различных заболеваний (в т.ч. Депрессии => тревожная депрессия)
  - О независимости тревоги и депрессии стали говорить лишь с 50-ых годов с появления анксиолитиков и антидепрессантов
- Диагноз F41.2 неоднозначно понимается в мире, отсутствуют единые критерии (в DSM нет самой рубрики, а критерии МКБ-10 признаны участниками опроса ВОЗ-ВПА одними из самых плохих в МКБ), отмечается малая надежность диагностики, низкое прогностическое значение и большой разброс в оценках распространенности (в т.ч. существенное снижение частоты при оценке в динамике)
- Тем не менее в МКБ-11 диагноз сохранится (будет отнесен к разделу расстройств настроения), т.к.:
  - Он удобен для первичной клинической практики (в т.ч. для непсихиатров)
  - Он может отражать начальные этапы тревожных или депрессивных р-тв
  - Тревога и депрессия имеют много общих звеньев патогенеза и современные антидепрессанты (н., СИОЗС) действуют одинаково хорошо на оба синдрома



## СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УТВЕРЖДЕННЫЕ В РФ

- **F41.2 Смешанное тревожное и депрессивное расстройство:**
    - Входит только в стандарт первичной медицинской помощи (амбулаторное лечение) - *Приказ Минздрава России от 20.12.2012 №1219н*
    - Малый спектр предусмотренной терапии (**группы препаратов ориентированы на лечение депрессии**)
  - **F41.1 Генерализованное тревожное расстройство:**
    - Входит в стандарты как первичной (амбулаторное лечение), так и специализированной помощи (стационарное лечение) - *Приказы Минздрава России от 20.12.2012 №1225н и 1229н*
    - Большой спектр предусмотренной терапии (**включая противотревожные препараты с возможностью длительного непрерывного приема, например прегабалин**)
- => При сочетании клинически выраженной тревоги и депрессии обоснованнее следовать рекомендациям МКБ-10 и ставить два диагноза (депр.р-во + ГТР)





## «РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ» (F43.2) - ВТОРОЙ ПО ЧАСТОТЕ ДИАГНОЗ В ОПРОСЕ РОП

В диагностических указаниях МКБ-10 для этого расстройства отмечено:

1. «Стрессорный фактор должен быть четко установлен и должны быть веские, хотя, возможно, и предположительные доказательства, что расстройство не появилось бы без него. Если стрессор относительно мал или если временная связь не может быть установлена, расстройство следует классифицировать в другом месте в соответствии с имеющимися симптомами»
2. «Начало обычно в течение месяца после стрессового события или изменения жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев (кроме пролонгированной депрессивной реакции)»



## ПСИХОТРАВМЫ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

В проекте МКБ-11 главу МКБ-10 F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» предлагают разделить на несколько глав, в т.ч.:

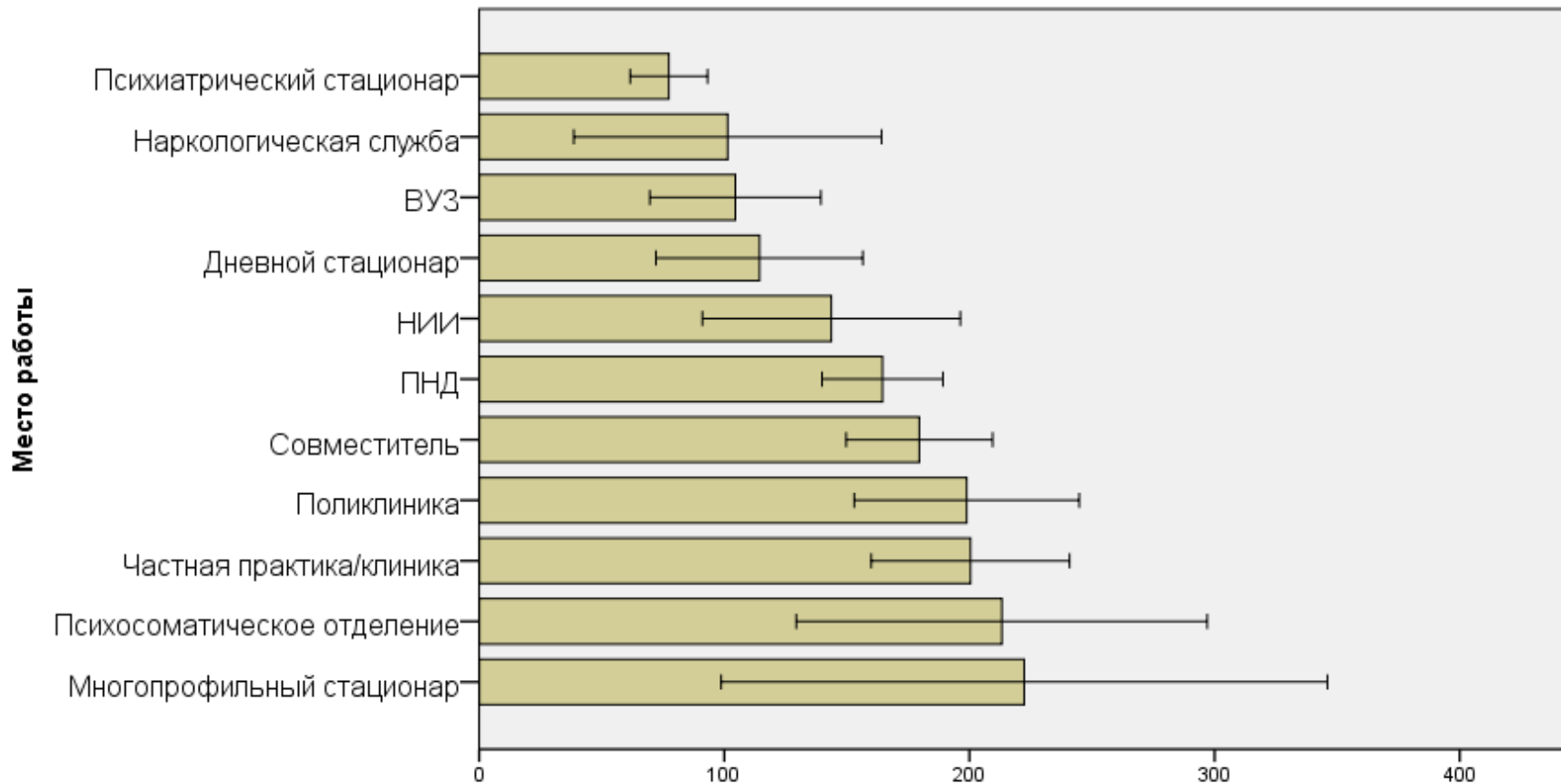
- **Расстройства, непосредственно связанные со стрессом** (расстройство адаптации, ПТСР, пролонгированная реакция горя и пр. ) - «**воздействие стрессового события - обязательный диагностический критерий**» (т.е. причина), в отличие от многих других психических расстройств, при которых стрессовые события могут быть факторами риска или провоцирующими факторами [Maercker A. 2013]:
- **Тревожные и связанные со страхом расстройства** (ГТР, ПР, социофобия и пр.) - доказано, что стрессовые события («психогении») **повышают риск развития этих расстройств**, м.б. провоцирующими факторами, но в их развитии также **существенное значение имеют и другие психологические и нейробиологические факторы** (в т.ч. наследственность)
- ...



## ПСИХОТРАВМЫ И ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА

- Наличие в анамнезе у больного с тревогой стрессовых событий не означает автоматически диагноз расстройств связанных со стрессом (н., р-в адаптации)
  - Тем более пациенты часто склонны «объяснять» свои тревожные переживания, связывая их с теми или иными событиями своей жизни
- Только при наличии значимых стрессовых событий, тесной временной связи и относительной кратковременности состояния можно предполагать диагноз р-ва адаптации

## ЗНАЧЕНИЕ УСЛОВИЙ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ



**NB!** Совместители выделены  
в отдельную группу

Столбики ошибок: 95% дов. инт.



## ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА - ПРОБЛЕМА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ И ВРАЧЕЙ «ЧАСТНОЙ ПРАКТИКИ»?

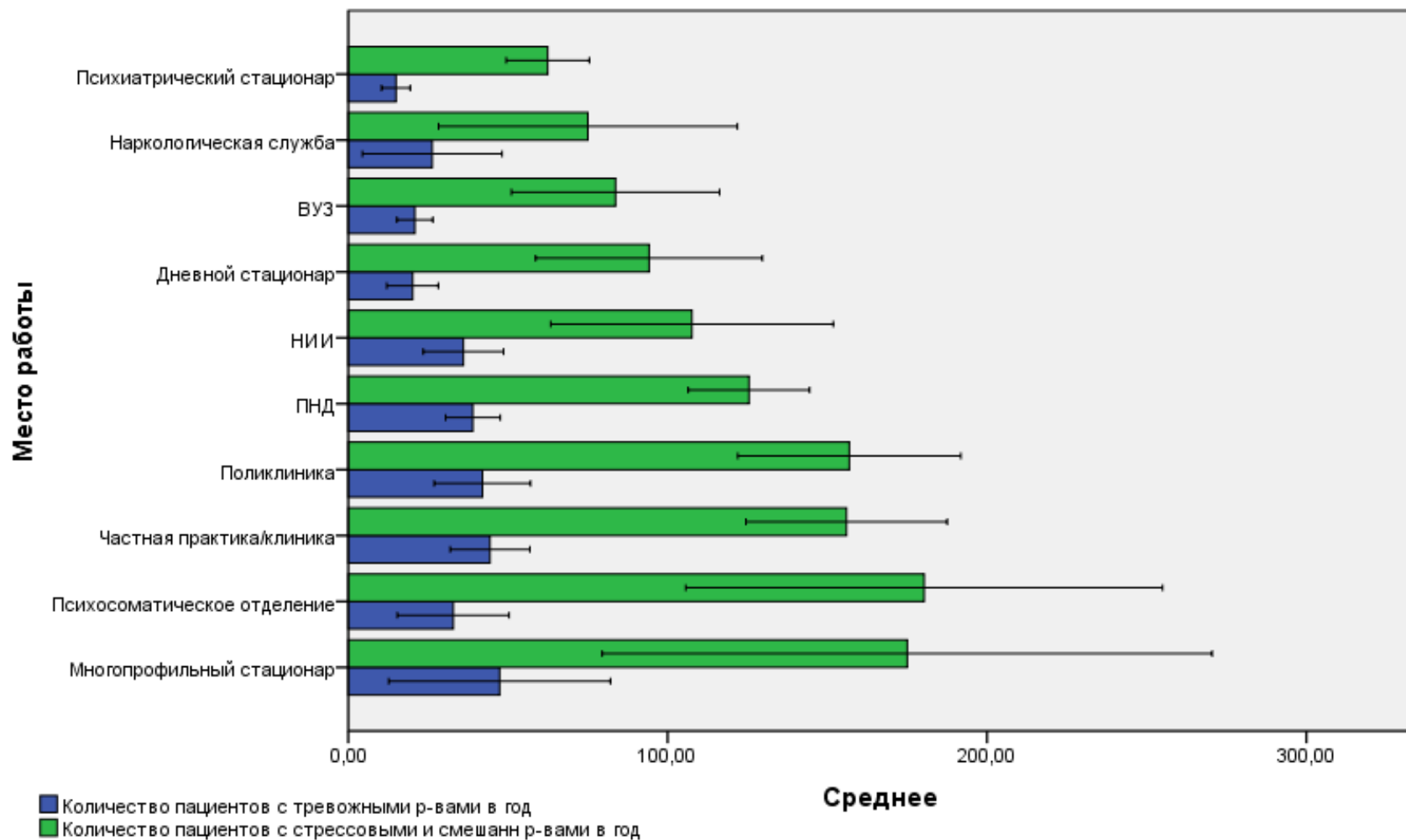
- Пациенты с «чистыми» тревожными расстройствами редко обращаются в психиатрическую службу (*Стигматизация? Недостаток ресурсов (в т.ч. времени врача)? Недостаток опыта врачей психиатрической службы работы с такими пациентами?*)
- В психиатрической службе тревожные расстройства чаще наблюдаются у больных, страдающих другими психическими расстройствами (коморбидность)

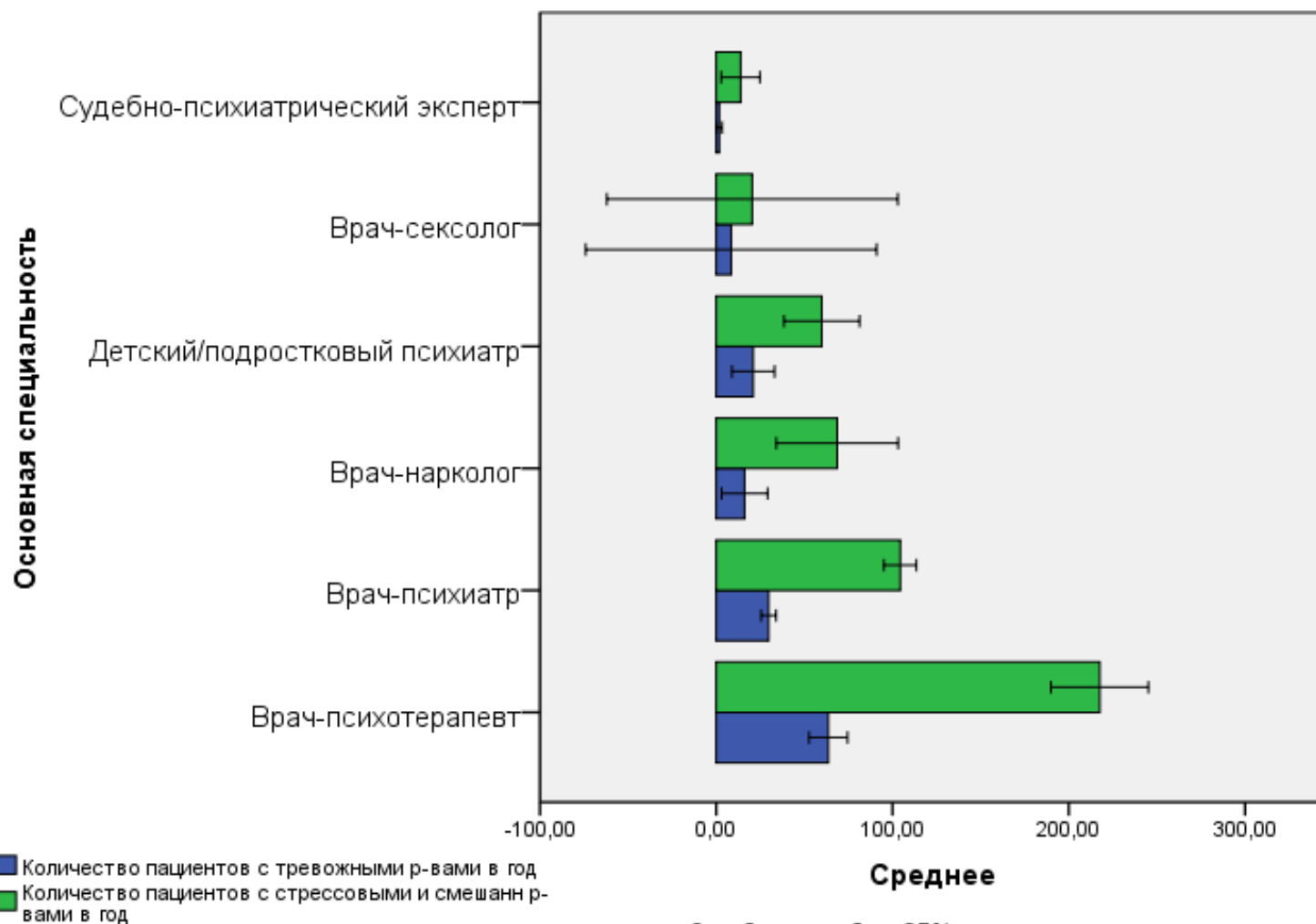


**Тревожные и связанные со страхом расстройства (ГТР + ПР + социофобия + спец.фобии + агорафобия)**

**против**

**Расстройств, непосредственно связанных со стрессом (острая реакция на стресс + р-ва адаптации + ПТСР) и смешанного тревожного и депрессивного р-ва**









- **Диагнозы «Смешанного тревожного и депрессивного расстройства» и «Расстройства адаптации» используются врачами существенно чаще диагнозов собственно тревожных расстройств**
- **Эти диагнозы являются скорее предварительными и их широкое использование (особенно в условиях оказания специализированной помощи) вряд ли может быть обосновано**

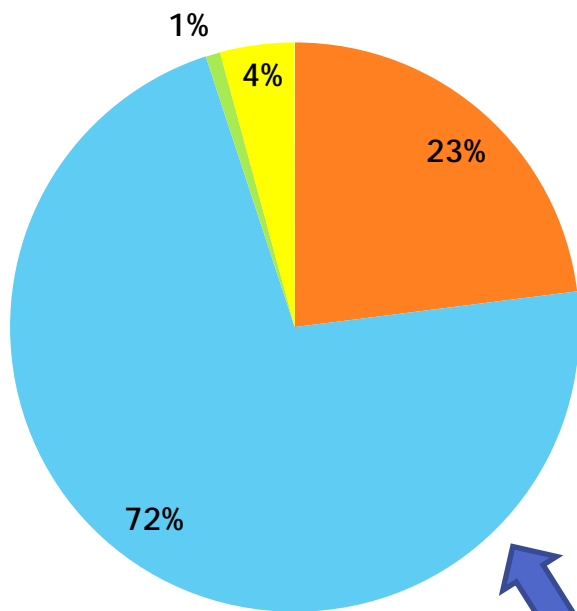


## **РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА**

### **2. Взгляды на этиопатогенез тревожных расстройств**



## «КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОГЕННЫХ (ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ) ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ?»

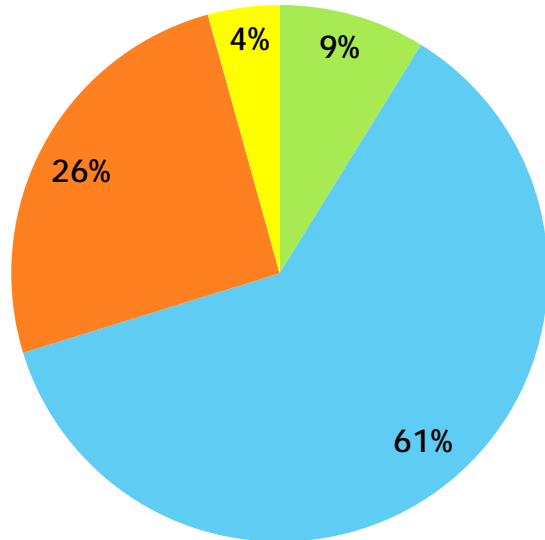


- **Определяющее** - психогении определяют развитие тревожных расстройств
- **Значимое наравне с другими** - психогенные факторы имеют такое же значение для развития и течения тревожных расстройств, как и биологические (н., наследственность)
- **Малое** - наличие или отсутствие психогений почти не влияет на манифестацию и течение тревожных расстройств
- **Затрудняюсь ответить**

*Соответствует современным научным представлениям!*



## НАСКОЛЬКО, НА ВАШ ВЗГЛЯД, ОПРАВДАНО ВЫДЕЛЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ ДИАГНОЗОВ В ГРУППЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ? (т.е. ГТР, ПР, агорафобия, соц.фобия, спец.фобии)



- Деление неправомерно, правильнее было бы оставить единый диагноз (н., как в МКБ-9 - "невроз тревоги"), т.к. это всё только варианты одного заболевания
- Деление условно, основано лишь на особенностях клиники, но при этом это деление имеет определенный практический смысл
- Деление обосновано различиями этиопатогенеза и/или течения данных расстройств, каждое из которых представляет собой самостоятельное заболевание
- Затрудняюсь ответить



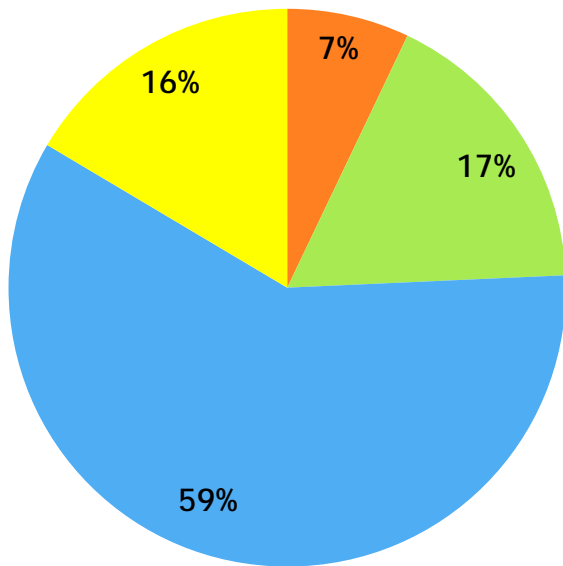
## КАК ЧАСТО ХРОНИЧЕСКАЯ ТРЕВОГА НАБЛЮДАЕТСЯ У ВАШИХ ПАЦИЕНТОВ С ДРУГИМИ (НЕ ОТНОСЯЩИМИСЯ К ГРУППЕ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ) ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (ЗАБОЛЕВАНИЯМИ)?



Средний процент пациентов с соответствующим диагнозом, имеющим хроническую тревогу по оценке участников опроса



## ВЫСТАВЛЯЕТЕ ЛИ ВЫ ДИАГНОЗЫ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ В КАЧЕСТВЕ ВТОРЫХ (СОПУТСТВУЮЩИХ, КОМОРБИДНЫХ) ДИАГНОЗОВ ПРИ ДРУГИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ (ЗАБОЛЕВАНИЯХ)?

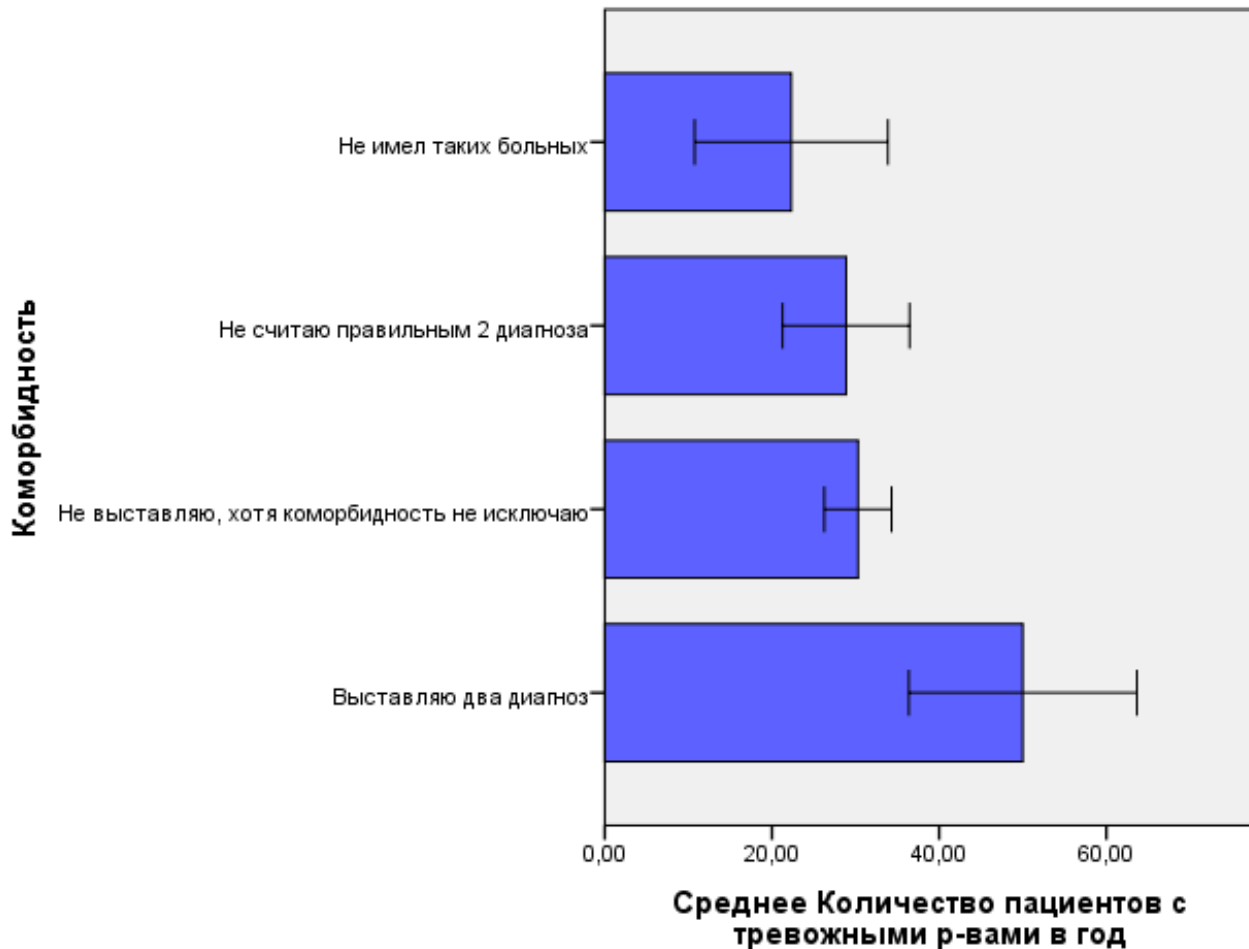


- Нет, не выставляю, т.к. не имел таких больных
- Нет, не выставляю, т.к. не считаю правильным диагностику двух самостоятельных расстройств (заболеваний) в таких случаях
- Нет, официально не выставляю, т.к. в этом нет практической необходимости, но потенциальную коморбидность тревожных расстройств с другими психическими расстройствами для себя не исключаю
- Да, выставляю второй диагноз в истории болезни

**Итого «Не выставляю» = 84% респондентов => есть риск, что тревожные р-тва упускаются из виду, а больные не получают должного лечения**



- Врачи, которые выставляют коморбидные (вторые) диагнозы тревожных расстройств в целом диагностируют эту группу расстройств чаще, чем те, кто не ставит два диагноза



Столбики ошибок: 95% дов. инт.



## ПРИ НАЛИЧИИ СИМПТОМАТИКИ, УДОВЛЕТВОРЯЮЩЕЙ КРИТЕРИЯМ ОДНОГО ИЗ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ, У БОЛЬНЫХ С ДРУГИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В мире стараются выставлять два диагноза, т.к.:

1. Нельзя упускать из виду патогенетически обоснованное лечение
2. Есть правовые аспекты (в т.ч. назначение любой терапии должно быть обосновано)  
*Например, в мире нет ни одного лекарства, зарегистрированного для диагноза «Смешанное тревожное и депрессивное р-тво» => все назначения при этом диагнозе делаются вне показаний (off-label)!*





- В других медицинских специальностях в России широко используются сочетания множества диагнозов у одного пациента (в т.ч. в рамках одного органа/системы органов)
- Никаких бюрократических барьеров для этого нет
- *Пример формулировки диагноза в медсведениях кардиологического больного:*

Возраст: 06.03.1956

Диагноз: ОСН: ИБС: Стенокардия напряжения 1-2 ф.к., эквивалент в виде одышки. ПИКС (ИМ от 2005 г.)?

Гипертоническая болезнь 3 ст, риск 4

ОСЛ: ХСН 2а ст., 1-2 ф.к. Наджелудочковая экстрасистолия.

СОП:

ЦВБ: ОНМК от 2010 г. Тревожное расстройство?

Синдром обструктивного апноэ сна?

Язвенная болезнь 12 п.к., вне обострения. Гастродуоденит, вне обострения.

Недостаточность кардии. ДЖВП. Долихосигма. Полип прямой кишки, удален 2014 г.

ДДЗП шейного и грудного отделов. Грыжи С4-С5, С6-С7, протрузия С5-С6 с относительным вторичным стенозом позвоночного канала.

АИТ. Эутиреоз.



## РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА

### 3. Генерализованное тревожное расстройство



## ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ Р-ВО (F41.1)

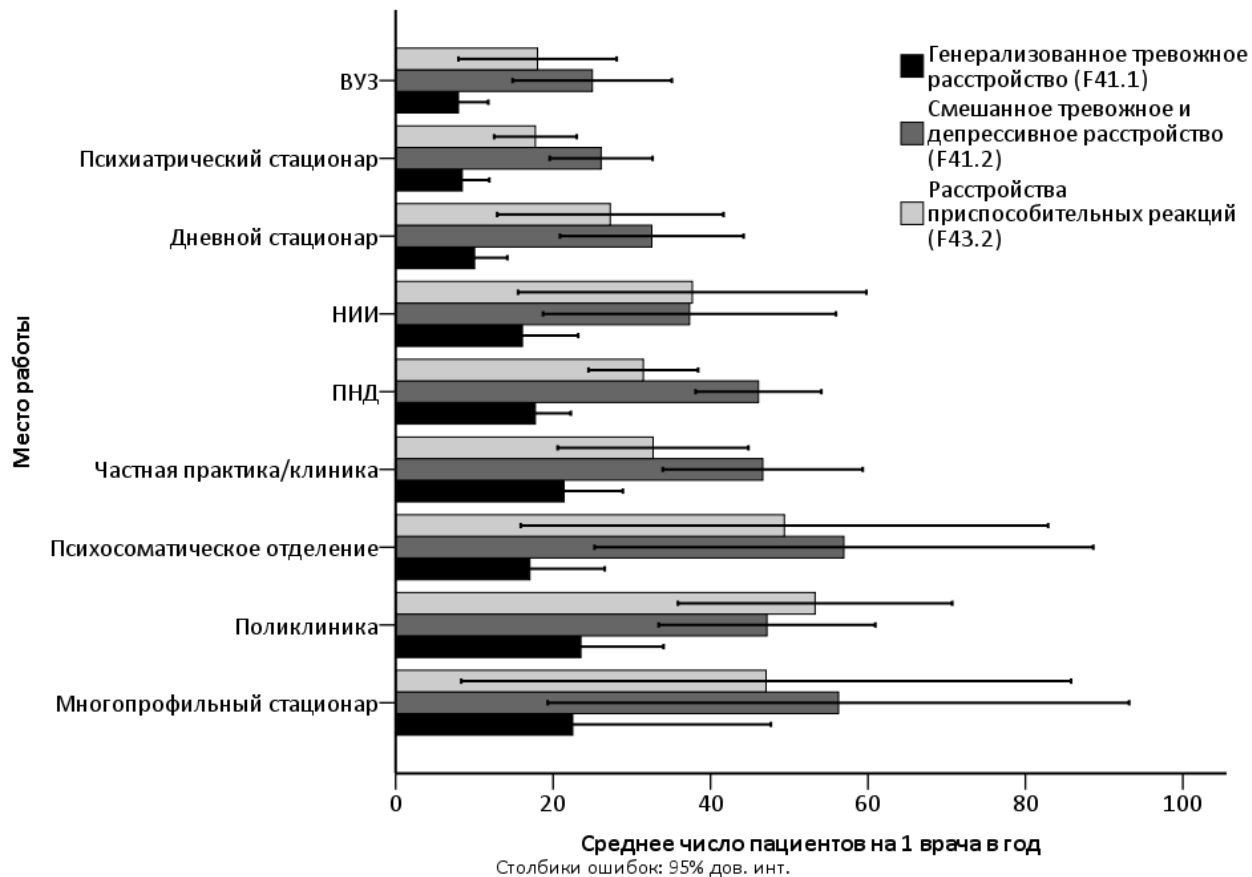
### Диагностические указания МКБ-10:

У больного должны быть первичные симптомы тревоги большинство дней за период по крайней мере несколько недель подряд, а обычно несколько месяцев.

Эти симптомы обычно включают:

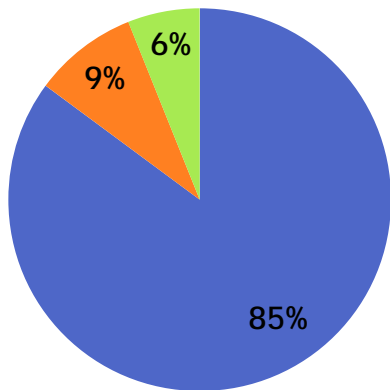
- a) опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.);
- b) моторное напряжение (суетливость, головные боли напряжения, дрожь, невозможность расслабиться);
- c) вегетативную гиперактивность (потливость, тахикардия или тахипноэ, эпигастральный дискомфорт, головокружение, сухость во рту и пр.).

## Соотношение частоты использования диагнозов ГТР, смешанного тревожного и депрессивного р-ва и р-ва адаптации в зависимости от места работы респондентов





## 16% РЕСПОНДЕНТОВ НЕ СТАВЯТ ДИАГНОЗ ГТР. ПОЧЕМУ?



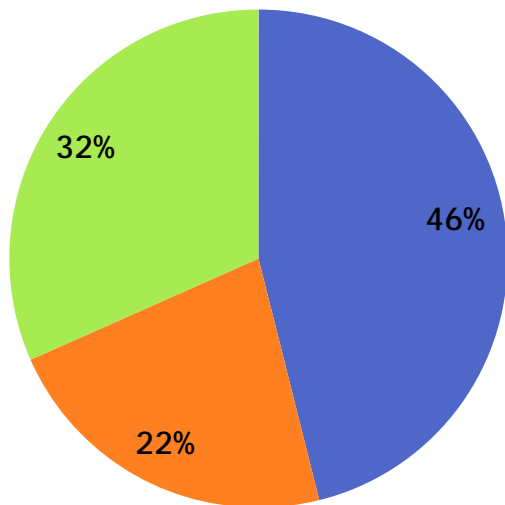
- В моей практике нет пациентов, удовлетворяющих критериям ГТР
- Плохо знаком с диагностикой тревожных расстройств и, в частности, ГТР
- Для больных с хронической непароксизмальной тревогой я предпочитаю использовать другие диагнозы

### Комментарии тех, кто предпочитает другие диагнозы:

- ГТР выставляю крайне редко, обычно клиническая картина вписывается в F41.2, F43, F45
- Данный диагноз не является нозологией. Тревога даже не синдром, это симптом.
- Диагноз ГТР для меня не объясняет этиопатогенетические механизмы возникновения тревожного расстройства.
- В клинической практике предпочитаю использовать диагнозы, позволяющие выстроить и понять "модель" психического расстройства у данного пациента и механизмы его формирования
- Не считаю, что есть отдельно существующий диагноз ГТР.
- ГТР - искусственно созданный диагноз. Тревога - это симптом в рамках какого-то заболевания.
- Нет времени на диагностику, наблюдение в динамике за пациентом



## СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ, КОТОРЫМ ВЫ ВЫСТАВЛЯЛИ ДИАГНОЗ ГТР ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД, ПРЕОБЛАДАЮТ\*:



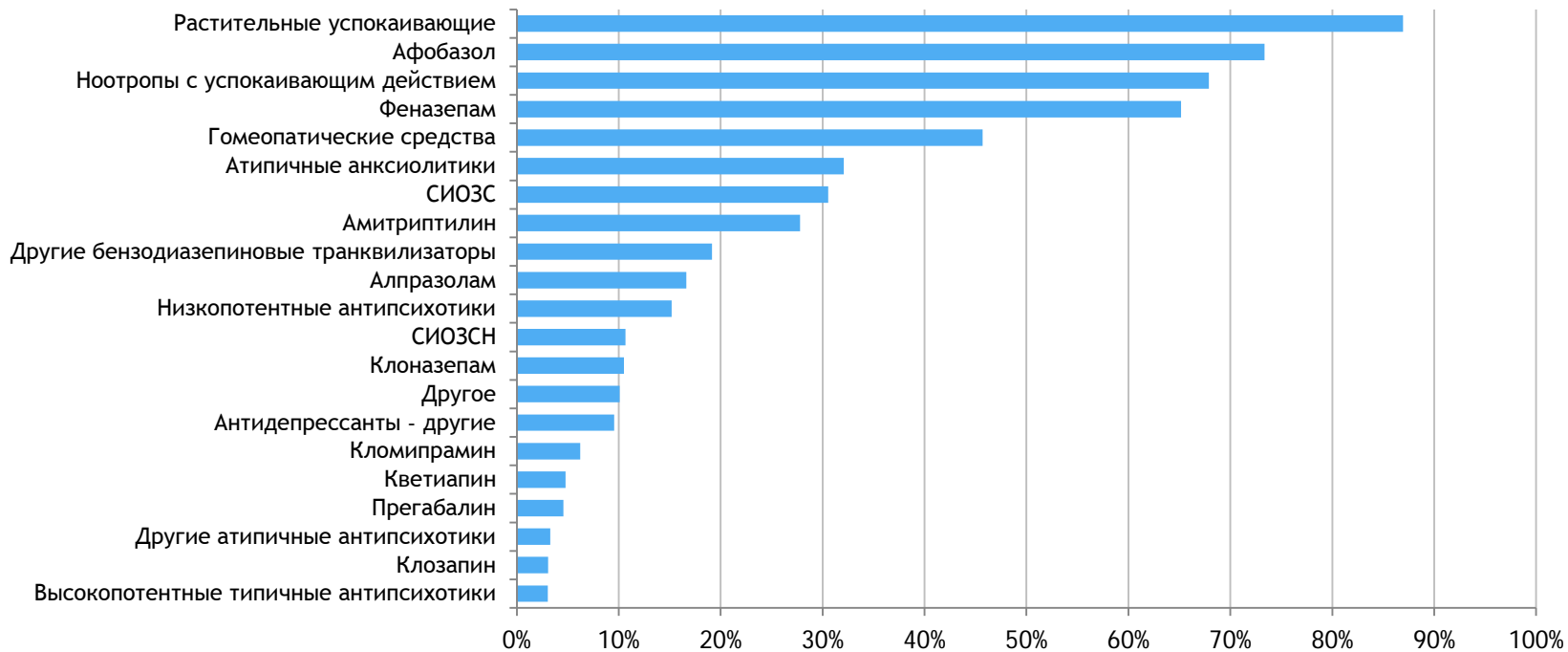
- Первичные для психиатра пациенты (прежде у психиатров/врачей-психотерапевтов не наблюдавшиеся)
- Повторные для психиатра (прежде уже наблюдавшиеся у различных психиатров/психотерапевтов)
- Количество первичных и повторных пациентов примерно одинаково

**Первичные пациенты преобладают => можно последовательно использовать шаги современных алгоритмов терапии**

*\*Здесь и далее в вопросы про ГТР задавались только респондентам, указавшим, что выставляют этот диагноз*



## «КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ УЖЕ ПРИНИМАЛИ К МОМЕНТУ ПЕРВОГО ОБРАЩЕНИЯ К ВАМ ПАЦИЕНТЫ С ГТР, КОТОРЫХ ВЫ НАБЛЮДАЛИ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА?»

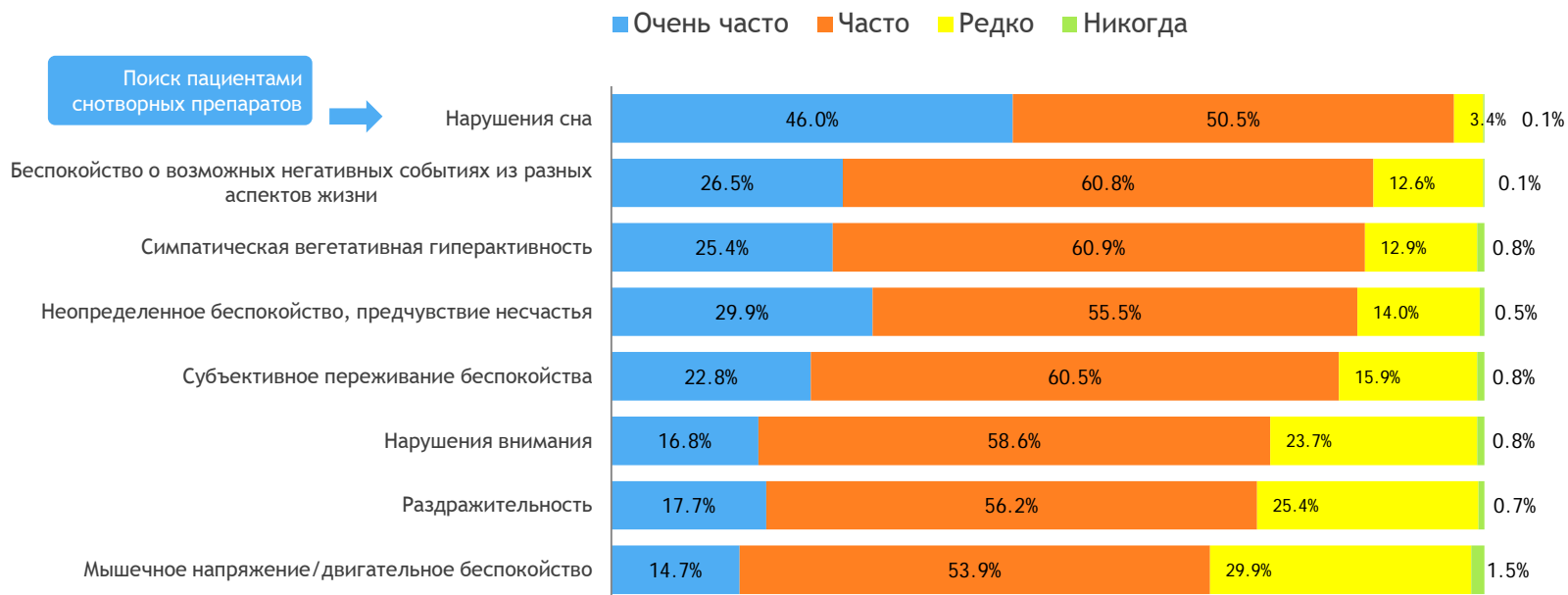


Процент респондентов, ответивших «Часто» и «Очень часто»



# НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ СИМПТОМЫ ГТР

## Критерии проекта МКБ-11: частота у пациентов с ГТР, которых наблюдали респонденты





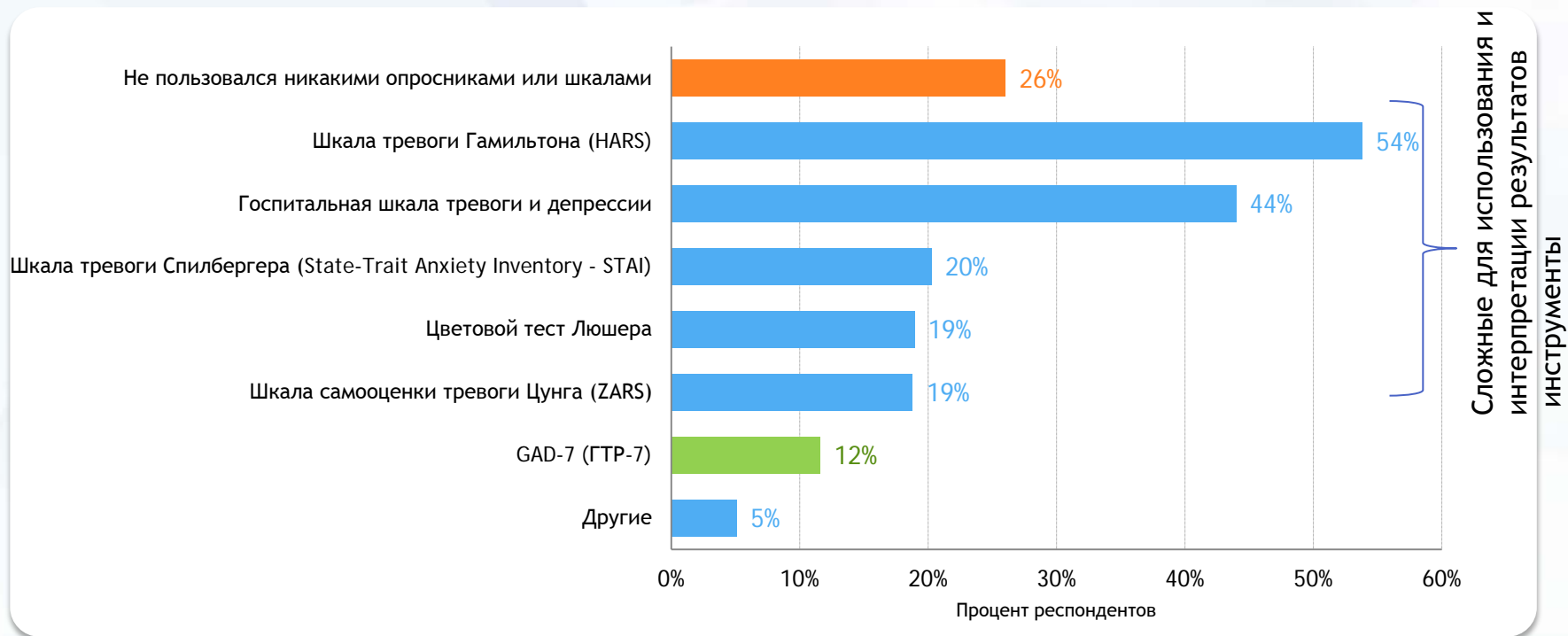


## С КАКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ГТР ВЫ ПРОВОДИТЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ?

1-линия дифференциальной диагностики	кол-во ответов
Депрессия	39
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	29
Органическое (в т.ч. соматогенное) тревожное расстройство	24
Паническое расстройство	16
БАР	14
Шизофрения	13
Соматоформное расстройство	11
Неврозы	11
Расстройства личности	8
Острая реакция на стресс	6
Посттравматическое стрессовое расстройство	6
Алкоголизм	5
Фобические расстройства	5
Ипохондрическое расстройство	4
Расстройства адаптации	4
Шизотипическое расстройство	4
ОКР	3
Острые психозы	3
Шизоаффективное расстройство	2
Психопатологический диатез	1
Эпилепия	1



## ПРИМЕНЯЕТЕ ЛИ ВЫ КАКИЕ-ЛИБО СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ОПРОСНИКИ/ШКАЛЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СИМПТОМОВ ГТР?



## ОПРОСНИК GAD-7.

### Удобный и короткий опросник для скрининга на ГТР.

<http://www.phqscreeners.com/>

Как часто за последние 2 недели Вас беспокоили следующие проблемы?

	Ни разу	Несколько дней	Более недели	Почти каждый день
1. Вы нервничали, тревожились или испытывали сильный стресс	0	1	2	3
2. Вы были неспособны успокоиться или контролировать свое волнение	0	1	2	3
3. Вы слишком сильно волновались по различным поводам	0	1	2	3
4. Вам было трудно расслабиться	0	1	2	3
5. Вы были настолько суетливы, что Вам было тяжело усидеть на месте	0	1	2	3
6. Вы легко злились или раздражались	0	1	2	3
7. Вы испытывали страх, словно должно произойти нечто ужасное	0	1	2	3

∑ 5-10 – слабая тревога, 10-15 – средняя тревога, >15 – сильная тревога

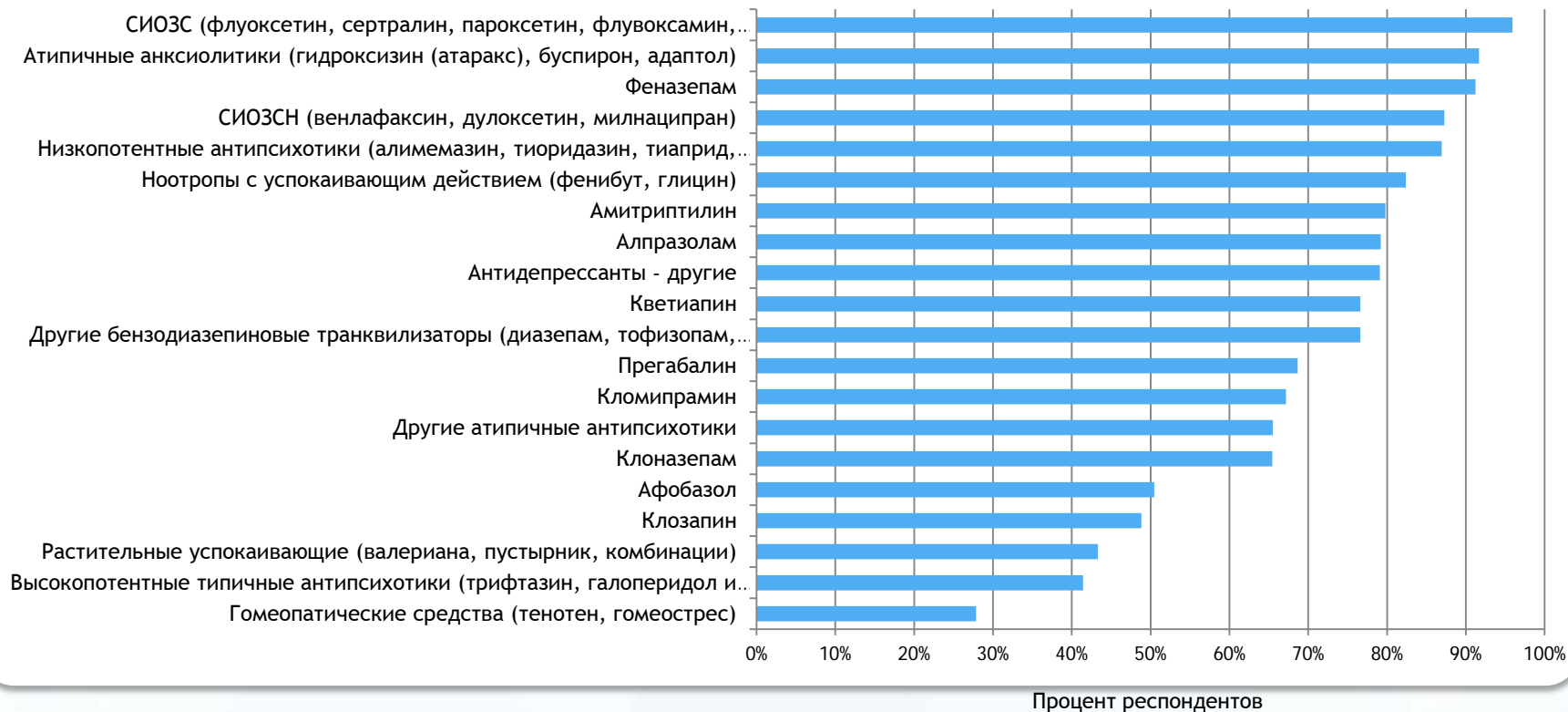


## РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРОСА

### 4. Лечение тревожных расстройств



## КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ВЫ НАЗНАЧАЕТЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ. Суммарно по всем линиям терапии:





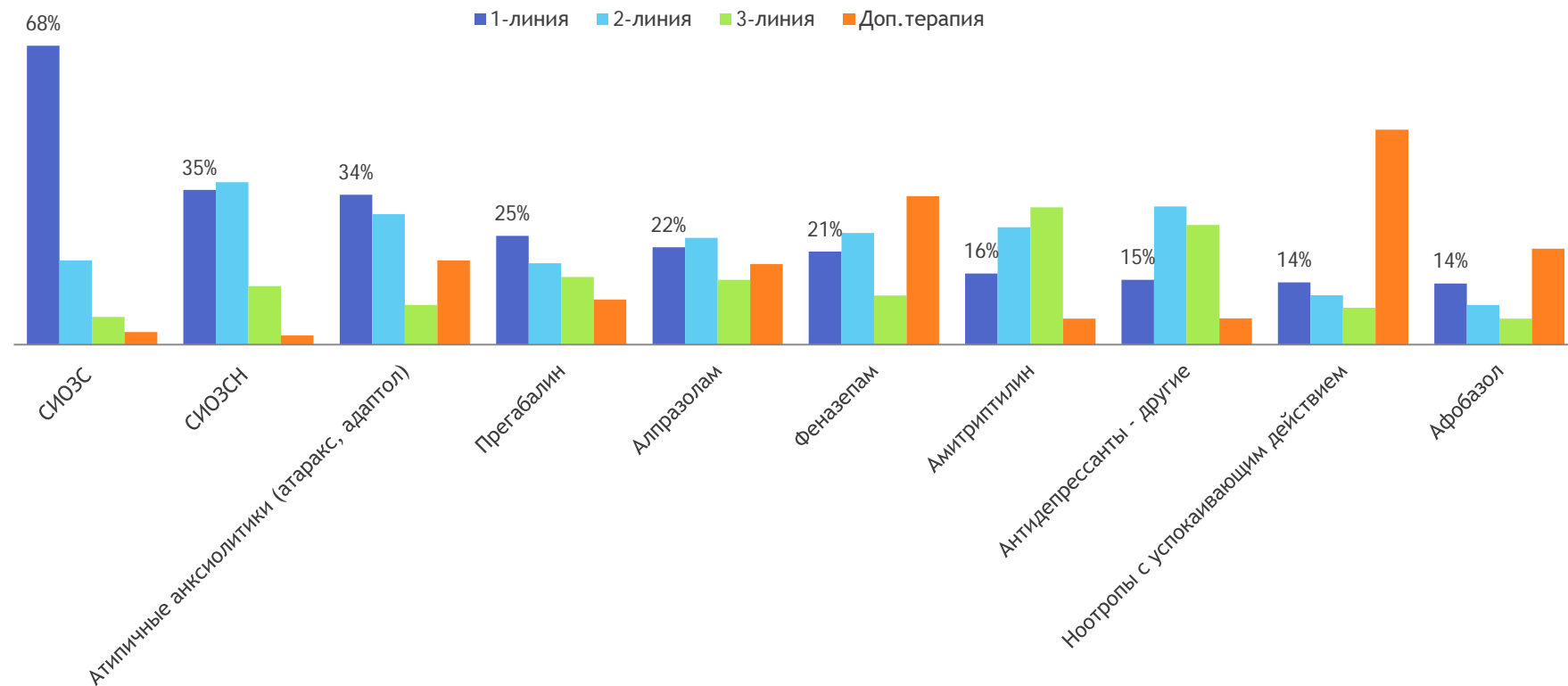
## МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОГИ

- A. **Препараты для купирования тревоги** «здесь и сейчас»  
*(эффект есть пока препарат в крови)*
  
- B. **Препараты для лечения тревожных расстройств**  
*(длительный прием нацелен на становление ремиссии тревожного расстройства)*

⇒ При выборе препаратов нужно хорошо представлять **цели терапии**  
*(при купировании тревожных реакций не нужны препараты для лечения тревожных расстройств, а при лечении тревожных расстройств не могут быть основой терапии препараты для купирования тревоги «здесь и сейчас»)*

## ВЫБОР РЕСПОНДЕНТАМИ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ (СТР 1 ИЗ 2)

Препараты упорядочены по проценту респондентов, выбирающих их в качестве 1-ой линии терапии

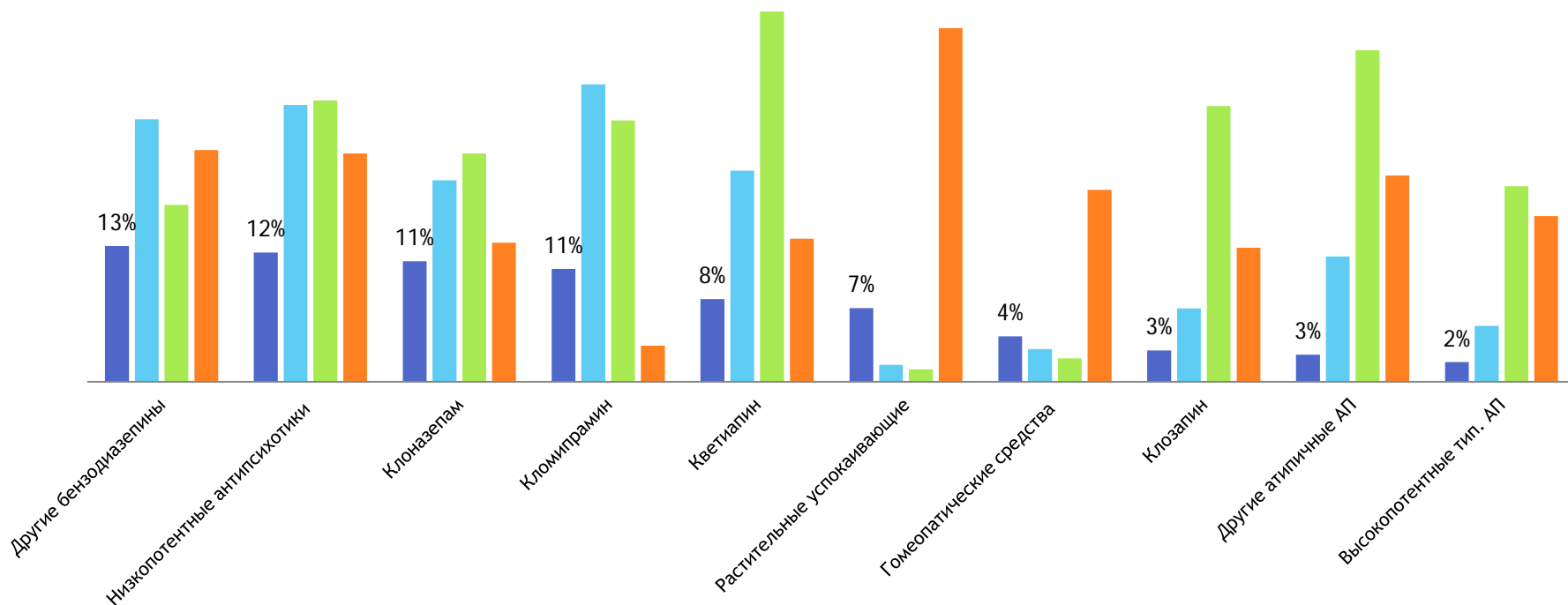




# ВЫБОР РЕСПОНДЕНТАМИ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ (СТР 2 ИЗ 2)

Препараты упорядочены по частоте назначения 1-ой линией

■ 1-линия ■ 2-линия ■ 3-линия ■ Доп. терапия







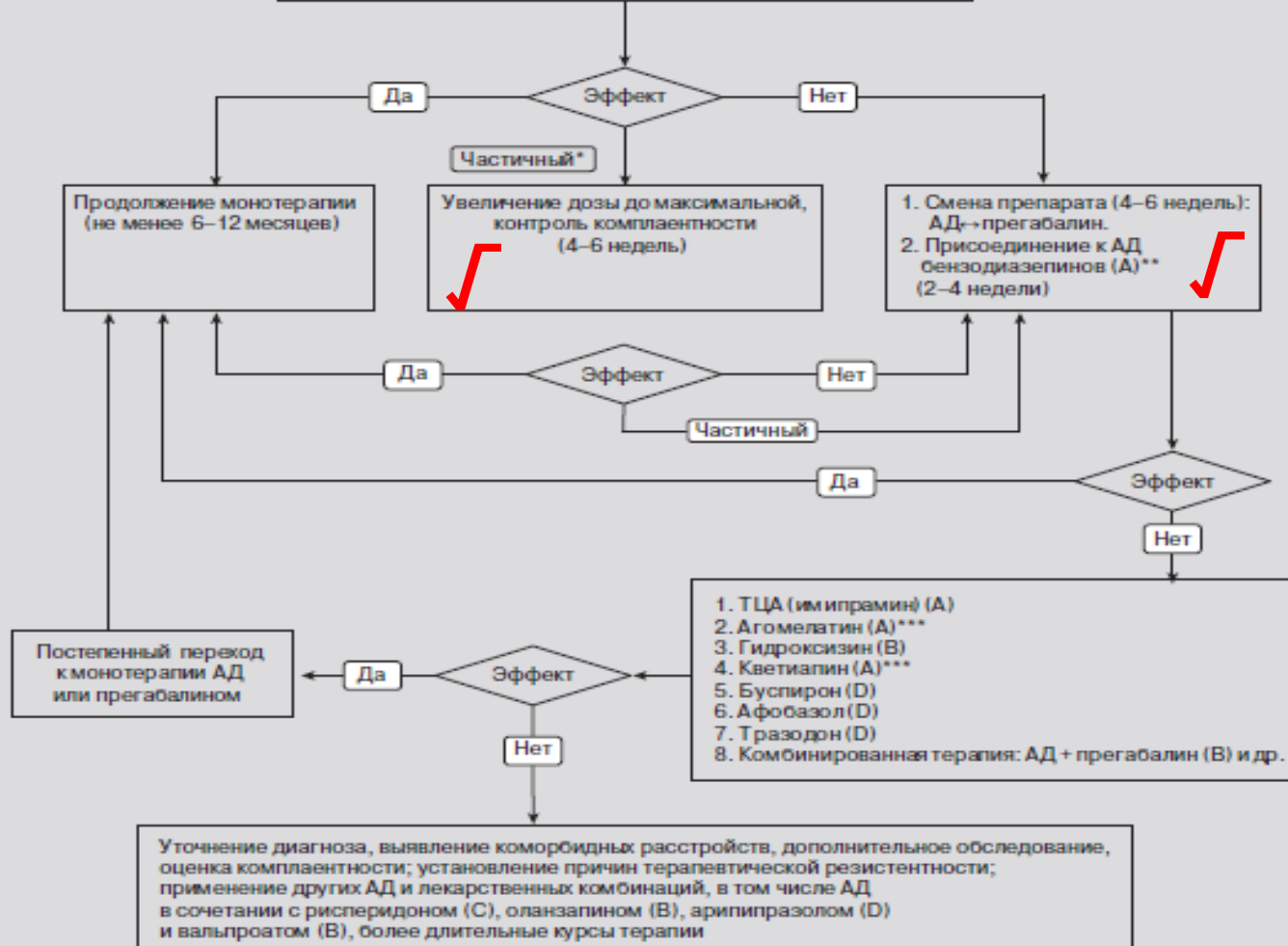
«РАСПОЛОЖИТЕ ПРЕПАРАТЫ В ТОЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ, В КОТОРОЙ ВЫ БЫ ИХ НАЗНАЧАЛИ ПАЦИЕНТУ С ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ (ГТР). СЛЕДУЮЩИЙ ПРЕПАРАТ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕДЫДУЩЕГО»

Ранжированные по порядку выбора респондентами препараты:	Соответствие рекомендациям WFSBP
1. СИОЗС	1 линия
2. /СИОЗС + Бензодиазепины/	
3. СИОЗСН	1 линия
4. Атипичные анксиолитики	2-5 линия
5. Прегабалин	1 линия
6. Бензодиазепины	2 линия из-за побочных эффектов
7. Амитриптилин	Не входит в рекомендации
8. Кветиапин	Не входит в рекомендации

Blue callout boxes with arrows pointing to rows 3 and 5:

- More high place, than stand in KR (points to row 3)
- More low place, than stand in KR (points to row 5)

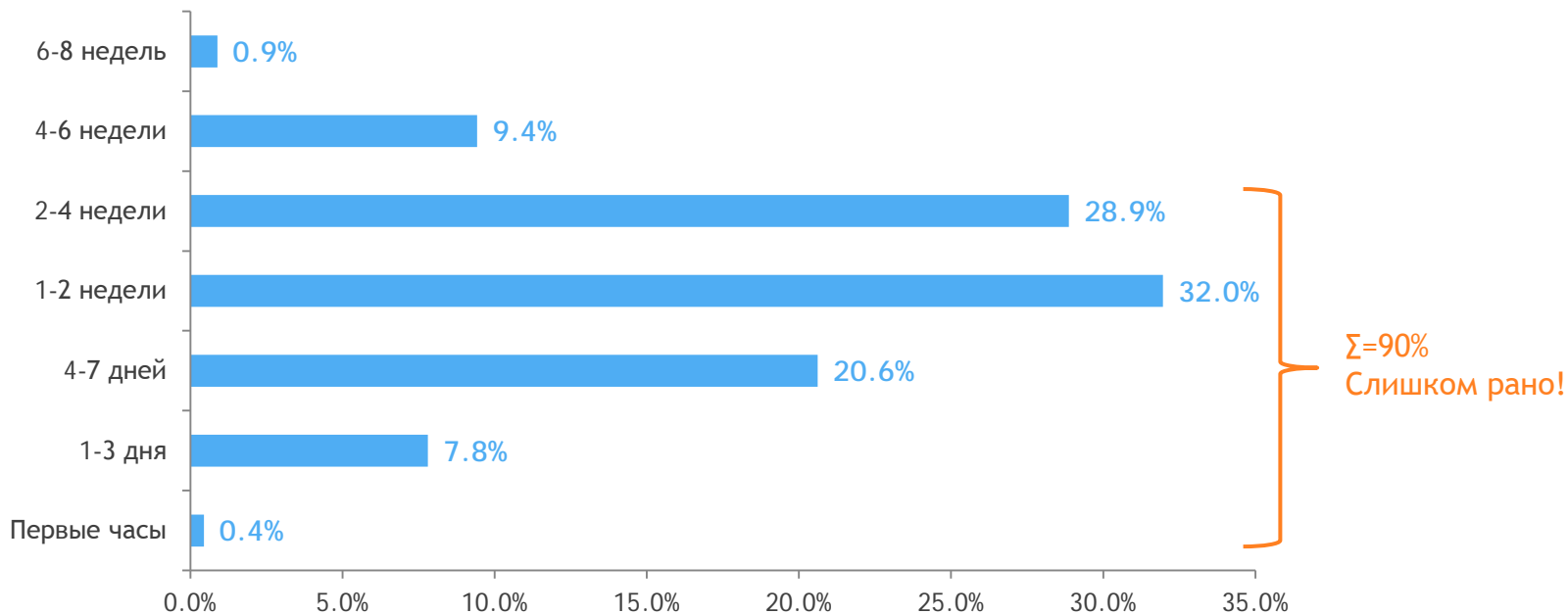
**Монотерапия в течение 4–6 недель:**  
 1) СИОЗС (А): сертралин, эсциталопрам, пароксетин  
 2) СИОЗСН (А): венлафаксин, дулоксетин  
 3) прегабалин (А)

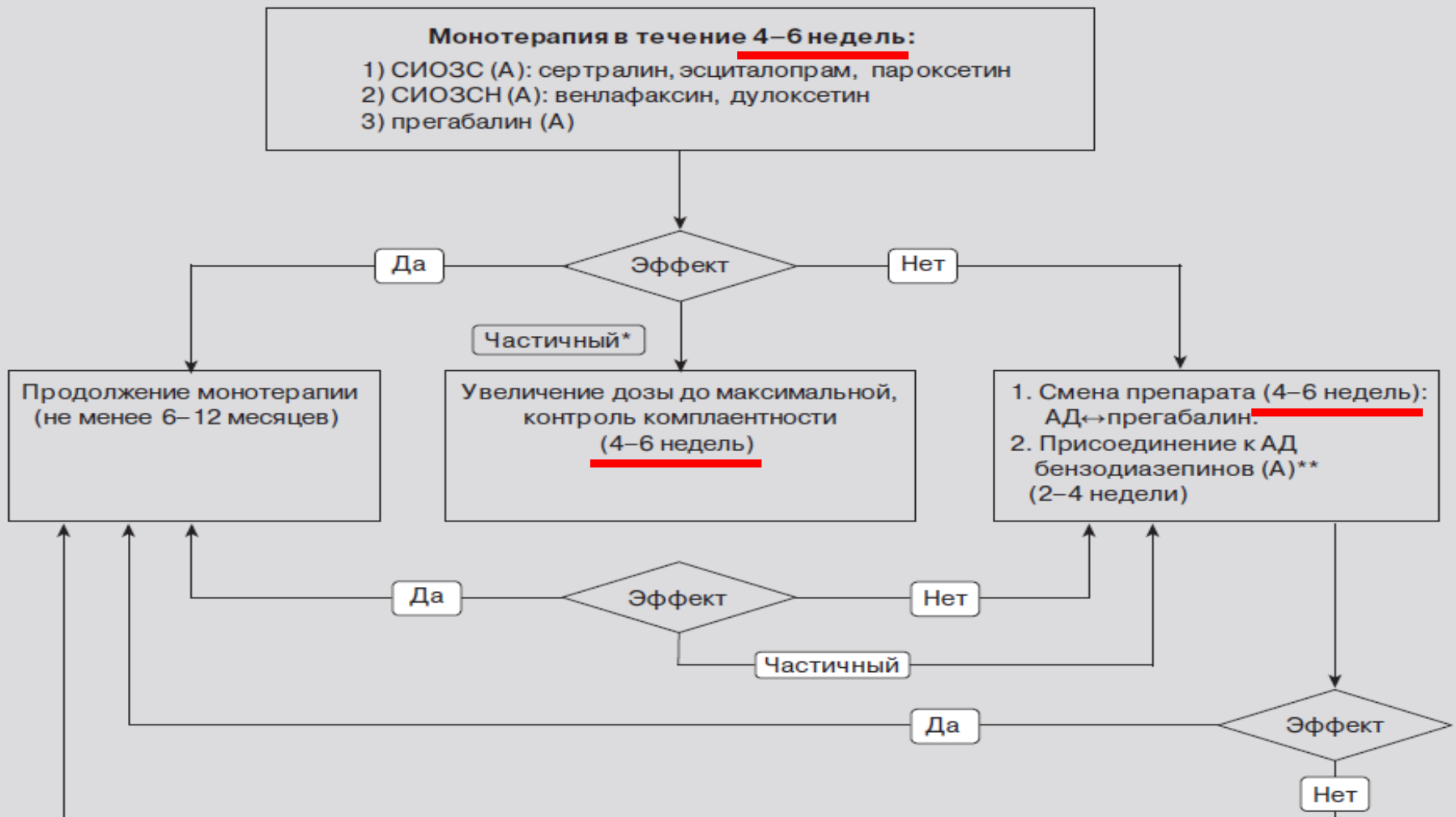


Алгоритм биологической терапии генерализованного тревожного расстройства Мосолов С.Н., Алфимов П.В Журнал «Современная терапия психических расстройств», № 2, 2015



**ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ ЧЕРЕЗ КАКОЙ СРОК ВЫ ОБЫЧНО ОЦЕНИВАЕТЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАЗНАЧЕННОЙ ТЕРАПИИ И ПРИНИМАЕТЕ РЕШЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ СМЕНЫ ПРЕПАРАТА ИЛИ ДОБАВЛЕНИЯ ДРУГИХ ПРЕПАРАТОВ В СЛУЧАЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРВОГО НАЗНАЧЕНИЯ?**





Алгоритм биологической терапии генерализованного тревожного расстройства Мосолов С.Н.,  
Алфимов П.В Журнал «Современная терапия психических расстройств», № 2, 2015

## АЛГОРИТМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА МОСОЛОВ С.Н., АЛФИМОВ П.В ЖУРНАЛ «СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ», № 2, 2015

Препараты	Начало эффекта	Психическая тревога	Соматическая тревога	Бессонница	Депрессия	Особенности действия и предосторожности применения
Бензодиазепины	1-3 дня	+++	++++	++++	+	Возможность развития зависимости, седации, тахифилаксии и синдрома отмены. Поведенческая токсичность. Длительность курса ограничена (2-4 недели). С осторожностью у больных заболеваниями.
Антидепрессанты	3-6 недель	+++	+	+	++++	Возможность обострения тревоги в первые недели терапии. Синдром отмены при приеме пароксетина. Холинолитические и адренолитические эффекты, синдром отмены при приеме имипрамина. Титрация дозы, тошнота, сексуальные дисфункции при СИОЗС. Колебания сосудистого тонуса и гепатотоксичность при СИОЗСН.
Прегабалин	5-7 дней	+++	+++	+++	++	Седация, головокружения, атаксия в первые дни применения, повышение веса, не метаболизируется в печени, редкие лекарственные взаимодействия.
Буспирон	3 недели	+++	+	+	+	Тошнота, слабое анксиолитическое действие.
Кветиапин	1-3 дня	+++	++	++++	++	Седация в первые недели применения.
Гидроксизин	1-3 дня	++	+	++++	+	Седация, увеличение веса.
Агомелатин	1-2 недели	+++	+++	+++	+++	Контроль трансаминаз.



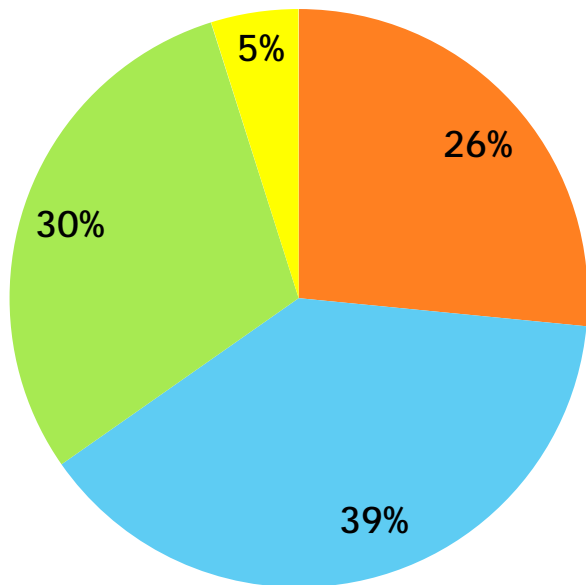
**ПРЕПАРАТЫ, РАНЖИРОВАННЫЕ  
ПО ОЦЕНКЕ РЕСПОНДЕНТАМИ ИХ БЕЗОПАСНОСТИ  
(от самого безопасного к самому небезопасному)**



1. СИОЗС
2. СИОЗСН
3. Прегабалин
4. Бензодиазепины
5. Кветиапин
6. Амитриптилин



## ВЛИЯЮТ ЛИ ФОРМАЛЬНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПКУ И ПРЕПАРАТОВ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ПСИХОТРОПНЫМ ИЗ СПИСКА III, НА ВЫБОР ТЕРАПИИ, КОТОРУЮ ВЫ НАЗНАЧАЕТЕ СВОИМ ПАЦИЕНТАМ?



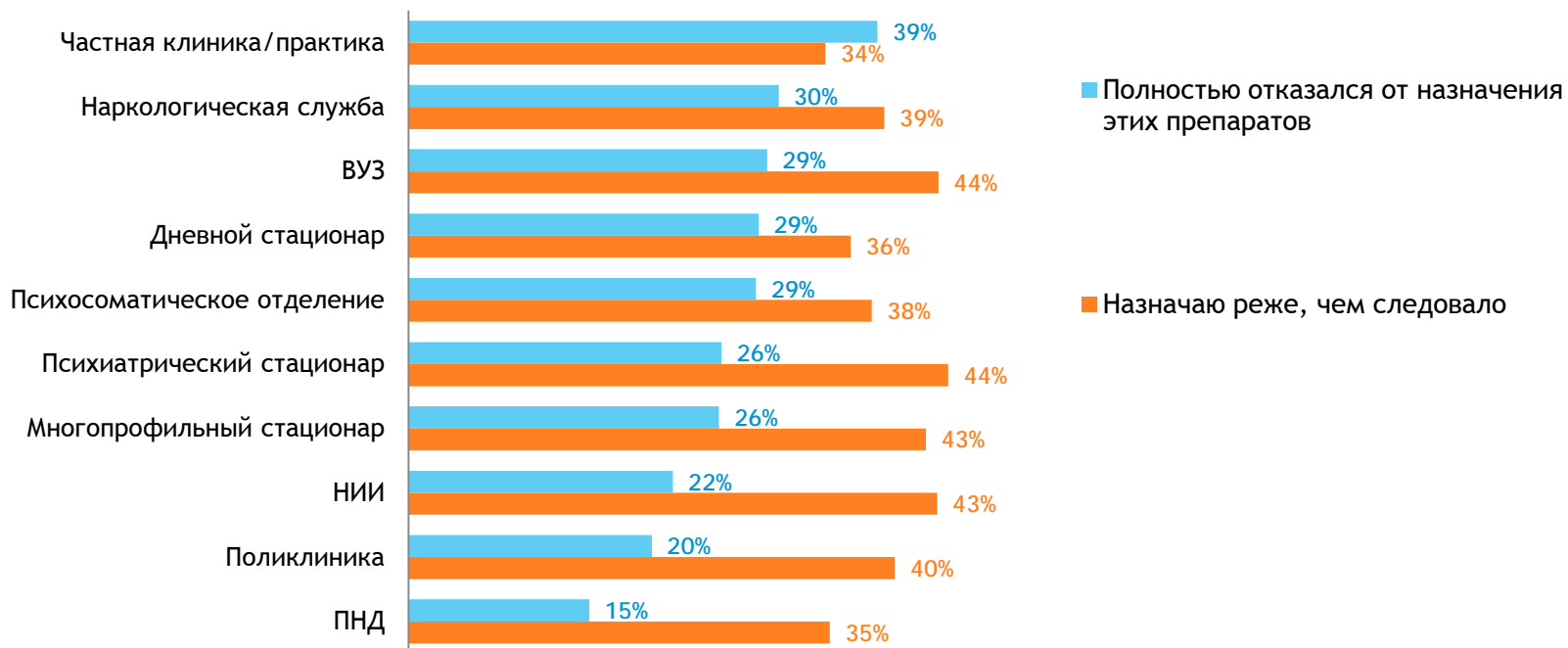
■ Да, я был вынужден полностью отказаться от назначения таких препаратов

■ Да, чтобы не тратить на формальности лишнее время, я назначаю такие препараты реже, чем следовало бы

■ Нет, никак не влияют, я назначаю любые препараты, в т.ч. ПКУ и из Списка III, во всех случаях, когда это необходимо

■ Другое:

## СЛЕДСТВИЕ БЮРОКРАТИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПКУ И СПИСКА III







## Прегабалин в РФ в 2015 году вошел в список препаратов ПКУ

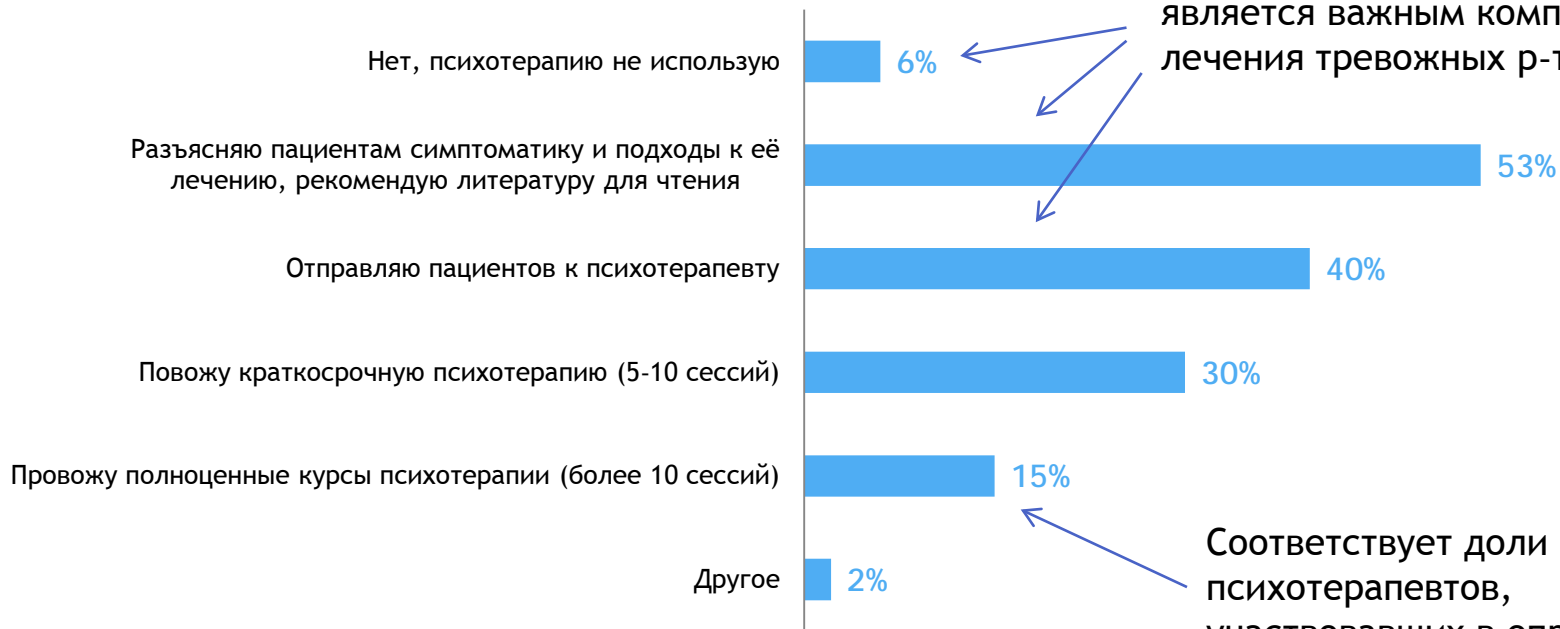
### Каков риск злоупотребления/зависимости от прегабалина?

- Прегабалин - один из самых назначаемых лекарственных препаратов в развитых странах мира, при этом риск развития зависимости при его приеме оценивается как низкий
  - Нет данных о влиянии прегабалина на рецепторы, вовлеченные в патогенез ПАВ
  - Эйфория как побочный эффект приема прегабалина наблюдается у 1-5% больных
  - Однако в России описаны случаи злоупотребления прегабалином:
    - В основном среди зависимых от опиатов
    - Изначально - для купирования абстинентного с-ма (т.к. воздействует на боль и тревогу) => прегабалин эффективен для лечения синдрома отмены опиоидов (Крупницкий Е.М., 2016)
    - Дозы в 2-4 выше терапевтических
    - Пероральный путь приёма
    - Многие больные НЕ испытывали эйфории даже от высоких доз (до 2400 мг)
    - Употребляли вместо опиатов как легальный препарат
    - Синдром отмены прегабалина сравнительно не тяжёлый
- => ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДЛЯ САМОЛЕЧЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ (?)



## ИСПОЛЬЗУЕТЕ ЛИ ВЫ КАКИЕ-ЛИБО МЕТОДЫ ПСИХОТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ? МОЖНО ВЫБРАТЬ НЕСКОЛЬКО ВАРИАНТОВ ОТВЕТА

Получают ли пациенты этих врачей психотерапию, которая является важным компонентом лечения тревожных р-тв?



Соответствует доли психотерапевтов, участвовавших в опросе



# ВЫВОДЫ



## Выводы

1. Тревожные расстройства диагностируются психиатрами в РФ реже, чем в мире
2. Наиболее часто в РФ используются диагнозы «Смешанного тревожного и депрессивного расстройства» и «Расстройства адаптации», которые по своей сути являются скорее предварительными диагнозами
3. Диагноз ГТР в РФ используется существенно реже, чем в мире; преимущественно психиатрами соматической сети и частной практики
4. Диагнозы тревожных расстройств не ставятся в качестве вторых диагнозов при других психических расстройствах (несмотря на частое наличие соответствующей клиники)
5. Назначаемая при лечении тревожных расстройств терапия во многом соответствует международным рекомендациям, однако сохраняются вопросы к:
  1. Назначению препаратов с недоказанной эффективностью
  2. Соблюдению алгоритмов (в т.ч. последовательности назначений, длительности и пр.)
  3. Существующим организационным барьерам, связанные с процедурами назначения (выписки) препаратов ПКУ
6. Ограничения исследования: возможное «смещение выборки» - но скорее в сторону более высокой частоты диагностики тревожных р-тв участниками опроса, чем в «общей популяции психиатров» РФ



**Благодарим всех участников опроса!**

**Приглашаем к обсуждению результатов опроса  
[на сайте Российского Общества Психиатров](#)**