

Пацієнт із психічним розладом у практиці лікаря-невролога: поради психіатра

Близько 30% українців протягом життя принаймні один раз хворіють на якийсь психічний розлад. При цьому 80% пацієнтів із тривогою своєчасно не звертаються по допомогу та не отримують відповідного лікування, що може зумовлювати розвиток депресії, яка лідирує у структурі психічної захворюваності серед українців. На жаль, Україна посідає перше місце серед країн Європи та СНД щодо кількості років життя, втрачених через депресивні розлади. Практичні аспекти стосовно первинної діагностики й лікування поширених психічних захворювань висвітлює у межах V міжнародного симпозиуму країн Центральної Європи з неврології, нейрохірургії та психіатрії «Карпати» (7-9 листопада 2019 р., м. Львів) д. мед. н., професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, керівник Центру психосоматики та психологічної реабілітації Володимир Іванович Коростій. Представляємо до вашої уваги огляд цієї доповіді.

Діагностика та лікування поширених психічних розладів: аналіз типових помилок

Певні проблеми, з якими звертаються пацієнти, потребують залучення, окрім психолога, інших спеціалістів. Найчастіше це психіатр, лікар загальної практики, нарколог, соціальний працівник або юрист. Такі випадки зумовлюють необхідність тісної взаємодії психіатрів із зазначеними фахівцями.

Первинна діагностика симптомів тривоги та депресії ще на долікарському етапі (коли пацієнт тільки очікує на прийом лікаря) за госпітальною шкалою тривоги й депресії (HADS) є доцільною та швидкою (~2 хв). Також важливим питанням є виявлення наявності або відсутності соматичної патології, оскільки це може бути пов'язано із принципово різною тактикою лікування. Зокрема, якщо соматичної хвороби немає, потрібно лікувати тривогу та депресію. Натомість, за наявності соматичної патології терапія має бути направлена саме на неї, а вже потім – на тривогу та депресію.

Доповідач зазначив, що типові лікарські помилки стосуються консультації психіатра на етапі діагностики. Якщо наявні психічні порушення, що супроводжують основне захворювання, вона у більшості випадків не потрібна (можна лікувати депресію). Натомість, діагностика самостійного психічного розладу, згідно з чинним законодавством України, залишається прерогативою психіатра. Консультація психіатра потрібна, якщо:

- наявні психотичні симптоми;
- існує інформація або припущення про хронічний психічний розлад, як-то шизофренія, деменція, рекурентна депресія, тривожно-фобічні, біполярний афективний розлад (БАР);
- є припущення про психічний розлад переважно з соматичними скаргами (соматоформний розлад);
- тривожний або депресивний розлад ускладнений розладом особистості;
- наявна аддикція (залежність);
- ефективність первинного лікування депресивного або тривожного розладу є низькою;
- є сумніви щодо діагнозу.

Своєю чергою показаннями до скерування у психіатричну лікарню є гострий психоз, тяжкий депресивний епізод або наявність гострих проявів важкого психічного розладу, стан абстиненції з делірієм, безпосередня загроза для життя і здоров'я пацієнта та оточення.

На думку професора В.І. Коростія, до типових помилок лікарів також належать труднощі щодо діагностики психічного захворювання через розширення діагностичних меж емоційно-лабільного розладу («астеноневротичний» синдром). Схема лікування депресивного та тривожно-фобічних розладів передбачає призначення анксиолітиків та антидепресантів, тоді як при емоційно-лабільному доцільним є застосування фітоседативних препаратів.

Зокрема, серед основних правил призначення фітоседативних доповідач виділив такі:

- за емоційної лабільності показані будь-які фітоседативні засоби;
- у разі субсиндромальних проявів тривоги призначають препарати пасифлори інкарнатної (*Passiflora incarnata*);
- слід дотримуватись адекватності дозування;
- тривалість приймання становить один місяць;
- протипоказанням для призначення фітоседативів є депресія.

Актуальним питанням також є труднощі диференційної діагностики тривожних та депресивних станів. Загалом структура тривожно-депресивних розладів у загальномедичній практиці виглядає так:

- змішаний тривожний та депресивний розлад (код за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду [МКХ-10] F 41.2) – 47,4%;
 - генералізований тривожний розлад (F 41.1) – 20%;
 - змішана тривожна та депресивна реакція (F 42.22) – 12,5%;
 - депресивний епізод (F 32) – 10%;
 - дистимія (F 34) – 17,5%;
 - пролонгована депресивна реакція (F 43.21) – 2,5%.
- Вочевидь, кількість змішаних тривожних та депресивних розладів (~50%) свідчить на користь недодиференціювання зазначених станів, – таких діагнозів не повинно бути у клінічній практиці.



Подвійний антидепресивний ефект¹
Пролонгована форма — 1 капсула на добу²
Більш ефективний ніж СИЗС при лікуванні депресії³



- Лікування великих депресивних епізодів
- Профілактика великих депресивних епізодів
- Генералізовані тривожні розлади (ГТР)
- Соціальні тривожі розлади (соціальна фобія)

1. PH. Roseboom, NH. Kalin: Neuropharmacology of Venlafaxine Depression and Anxiety, Vol12, Suppl 1:20-29 (2000). 2. Інструкція для медичного застосування препарату Велаксин. 3. Bauer M, Tharmathanan P et al, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci: 2009 Apr 259(3):172-85.

Склад та форма випуску: капс. пролонг. дії 37,5 мг білестер №28; капс. пролонг. дії 75 мг білестер №28; капс. пролонг. дії 150 мг білестер №28. Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату, сукупне застосування з інгібіторами моноаміноксидази (МАО), а також протягом 14 днів після відміни інгібіторів МАО. Тяжкий ступінь артеріальної гіпертензії (АТ 180/115 та вище до початку терапії). Закритокутова глаукома. Побічні реакції. Артеріальна гіпертензія, вазодилатація, зниження апетиту, запор, нудота, порушення сну, сухість у роті, слабкість, втома. Р.П. № UA/3580/02/01-03. Категорія відпуску. Відпускається за рецептом лікаря. Виробник: ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозиумах з медичної практики.

Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38



В.І. Коростій

Отже, СИЗС (флуоксетин, сертралін, пароксетин, флувоксамін, циталопрам, есциталопрам) є засобом для лікування депресії та тривоги, коморбідних до соматичної (неврологічної) патології. При цьому лише сертралін може бути застосований у дітей віком від шести років. Препарат Стимулотон (1 таблетка містить 50 і 100 мг сертраліну) показаний при:

- депресії, зокрема її форми, що супроводжується відчуттям тривоги, за наявності/відсутності манії в анамнезі;
- панічних розладах за наявності/відсутності агорафобії;
- обсесивно-компульсивному розладі (ОКР) у дорослих та дітей;
- соціальній фобії (соціальному тривожному розладі);
- посттравматичному стресовому розладі (ПТСР).

При задовільній відповіді на лікування продовження терапії сертраліном є ефективним для запобігання рецидиву початкового епізоду депресії та його розвитку в майбутньому, рецидиву початкового епізоду ОКР, панічного розладу, початкового епізоду ПТСР, соціальної фобії.

Щодо призначення антидепресантів, важливими питаннями є адекватне дозування. Адаже типовою помилкою є занадто низькі дози, недостатні для досягнення клінічного ефекту, але достатні для розвитку терапевтичної резистентності. Ключовими аспектами також є: роз'яснення пацієнтові можливості розвитку побічних ефектів, призначення бензодіазепінів або фітоседативів на початку лікування тривожних розладів (щоб компенсувати підвищення тривоги та досягти швидкого суб'єктивного поліпшення стану хворого), супровід у період терапії та завершення приймання антидепресанту.

Стосовно тривалості терапії, за депресивних розладів вона має становити щонайменше шість місяців, тривожних – 12 місяців, а за наявності органічних факторів, що можуть впливати на хронізацію тривожного або депресивного розладу, – 18 місяців.

У разі депресії, зокрема її форми, що супроводжується відчуттям тривоги, за наявності/відсутності манії в анамнезі, а також при ОКР у дорослих та дітей, антидепресанти призначають, починаючи з дози Стимулотону 50 мг/добу. При панічних розладах із наявністю/відсутністю агорафобії, ПТСР та у випадках соціальної фобії приймання антидепресантів розпочинають із дози 25 мг/добу; за тиждень її можна підвищити до 50 мг/добу.

Щодо титрування, дозу Стимулотону слід змінювати із кроком 50 мг та інтервалом щонайменше тиждень до максимальної 200 мг/добу. Перші прояви клінічного ефекту можуть спостерігатися впродовж семи днів (при ОКР повільніше). Підтримувальна доза визначається на низькому ефективному рівні з можливістю корекції.

Загалом, на думку доповідача, основними принципами є адекватне дозування, поступовий початок і завершення терапії за умов наявності стабільного стану протягом 2-3 місяців.

Якщо антидепресант «не працює» – використовують інші препарати даної групи, вибір яких є досить широким. Традиційно відомі трициклічні антидепресанти (ТЦА) з великою кількістю побічних ефектів, а також антидепресанти подвійної дії, які мають кращий профіль безпеки. Останні можуть спричинити підвищення артеріального тиску та порушення серцевого ритму, але цей ризик нівелюється, якщо використовувати препарати пролонгованої дії.

Професор зазначив, що засоби першої лінії для лікування тривожних розладів включають СІЗЗС та інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (ІЗЗСН) (Bandelov et al., 2015). Він навів дані метааналізу 234 клінічних досліджень, за якими співвідношення шансів щодо отримання відповіді на призначену терапію великого депресивного епізоду показало, що параметри скасування приймання препарату через брак ефективності були подібними для СІЗЗС та інших антидепресантів другого покоління (за виключенням венлафаксину – антидепресанту класу ІЗЗСН). Зокрема, при застосуванні венлафаксину ризик припинення лікування у зв'язку з відсутністю ефекту був на 34% нижчим, ніж СІЗЗС (Gartlenger et al., 2011). Було також продемонстровано ефективність венлафаксину при невропатичному болю, зокрема діабетичній невропатії та змішаній поліневропатії (Moulin et al., 2014; Attal et al., 2010).

Препарат Велаксин у формі капсул пролонгованої дії (1 капсула містить 37,5; 75 або 150 мг венлафаксину) застосовують для лікування великих депресивних епізодів та їхньої профілактики, а також генералізованих тривожних і соціальних тривожних розладів (соціальна фобія). Венлафаксин із пролонгованим вивільненням діючої речовини (XR), призначуваний один раз на добу, відрізняється тривалішою ефективністю порівняно з венлафаксином із негайним вивільненням (IR). Потенційні переваги Велаксину включають підвищену зручність застосування та поліпшене співвідношення користі/ризиків завдяки зниженню частоти побічних ефектів. За співвідношенням користі/ризиків (зокрема, щодо таких несприятливих явищ, як нудота та запаморочення) венлафаксин XR перевищує IR-форму щонайменше вдвічі (Entsuah, Chitra, 1997).

В.І. Коростій зазначив, що пацієнти з депресією належать до групи підвищеного ризику суїциду, щодо якого одні з найвищих показників зафіксовано саме в Україні (від 24 до 32 випадків на 100 тис. населення). При цьому більшість хворих, які пішли з життя внаслідок суїциду, мали консультацію з сімейним лікарем протягом місяця до трагедії.

Тому для осіб із депресією (віком до 30 років або літніх пацієнтів), особливо із суїцидальними діями в анамнезі, необхідними є: щотижневий огляд (та, можливо, прийняття рішення щодо шпиталізації), призначення антидепресанту (рецепт на 14 днів), а також швидка корекція розладу сну і тривоги.

Кветіапін є атипичним антипсихотичним засобом, що аугментує (посилює) лікування антидепресантом першої або другої лінії та сприяє корекції порушень сну. Кетилепт (1 таблетка містить 25, 75, 115, 13 або 230, 26 мг кветіапіну фумарату, що відповідає 25, 100 чи 200 мг кветіапіну) показаний для лікування шизофренії та БАР (включно з маніакальними епізодами від помірного до важкого ступеня, пов'язаними з БАР), а також великих депресивних епізодів, асоційованих із БАР. До того ж препарат застосовують для профілактики рецидивів у пацієнтів із БАР, в яких маніакальні напади піддавалися лікуванню Кетилептом.

Своєю чергою ретардована пігулка не спричиняє виразного седативного снодійного ефекту, натомість забезпечує стабільний протитривожний ефект протягом всієї доби. Кетилепт® Ретард – можливість індивідуального підбору дозування із кроком 50 мг (1 таблетка пролонгованої дії, вкрита оболонкою, містить 57,56; 230,24; 345,36 або 460,48 мг кветіапіну фумарату, що відповідає 50, 200, 300 чи 400 мг кветіапіну).

Кетилепт® Ретард показаний для лікування:

- шизофренії, зокрема профілактики виникнення рецидиву в пацієнтів зі стабільним перебігом шизофренії, які отримували підтримувальну терапію кветіапіном;
- БАР, зокрема при помірних і тяжких маніакальних епізодах, а також тяжких депресивних епізодів при БАР; для профілактики рецидиву захворювання в осіб із БАР; у хворих із маніакальними або депресивними епізодами, за яких кветіапін ефективний.

Як додаткову терапію Кетилепт® Ретард застосовують при тяжких депресивних епізодах у пацієнтів із тяжким депресивним розладом, в яких зафіксовано субоптимальну відповідь на монотерапію антидепресантами.

Доповідач навів дані декількох клінічних випадків.

Клінічні випадки

Клінічний випадок 1: фіброміалгія

Пацієнтка С., 72 роки, лікар за фахом.

Анамнез. Хворіє протягом шістьох років. Для лікування використовували доступні в Україні та за кордоном методи (окрім психофармакотерапії), враховуючи об'єктивні прояви поширеного остеохондрозу зі стенозом спинального каналу; ефект був частковим і нестійким. Фіброміалгія у верхньолатеральній ділянці правого стегна. Поточне погіршення унеможливило продовження роботи. Оцінка болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) – 9 балів.

Психічний стан. Зумовлені болем стійкі порушення сну, психологічна реакція на обмеження професійної діяльності (оцінка тривоги за HADS – 13 балів).

Діагноз. Нозогенна тривожно-депресивна реакція у зв'язку з соматичним захворюванням.

Лікування. Комплексна мультимодальна реабілітація. Прегабалін у дозі 150 мг/добу на два приймання, Стимулотон – 50 мг зранку, Кетилепт – 25 мг на ніч.

Через шість днів лікування мало місце зниження рівня тривоги до 7 балів, редукція болю за ВАШ – з 9 до 4 балів, нормалізація сну. Відзначає надмірну седатію. Зниження дози Кетилепту до 12,5 мг.

Через 14 діб – скасування прегабаліну, через три тижні – Кетилепту. Поява епізодичної ситуаційної тривожності, збільшення активності у реабілітаційному процесі. Збільшення дози Стимулотону до 100 мг. Арт-терапія. На 21-й день – стабільний психічний стан, продовжує комплексну фізичну та психологічну реабілітацію, приймання Стимулотону в дозі 100 мг/добу.

Клінічний випадок 2: депресивний епізод із соматично зумовленим хронічним больовим синдромом

Пацієнтка Н., 47 років, лікар за фахом.

Анамнез. Хворіє протягом трьох років. Після травми внаслідок дорожньо-транспортної пригоди – хронічний больовий синдром, що суттєво знижує якість життя. Посттравматична деформація грудної клітки із хронічним больовим синдромом.

Тривалий анамнез приймання нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Ефект частковий та нестійкий, побічні явища з боку шлунково-кишкового тракту. Проходила курс фізичної реабілітації, біль редукувався, але швидко припинила заняття після виписки через «брак сил».

Психічний стан. Тужливий стан, песимістичне бачення майбутнього, думки про безглуздість життя, порушення апетиту, зниження ваги, рівень депресивної симптоматики за шкалою Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) – 18 балів.

Діагноз. Депресивний епізод середнього ступеня тяжкості з соматичними симптомами.

Лікування. Комплексна мультимодальна реабілітація. Велаксин у дозі 75 мг/добу зранку. Через сім діб – збільшення дози до 150 мг/добу, через 14 діб – до 225 мг/добу.

Через чотири тижні застосування Велаксину спостерігалася редукція депресивної симптоматики за шкалою HDRS більше ніж на 50%, болю за ВАШ – із 8 до 4 балів.

Після виписки продовжує приймати Велаксин (рекомендовано тривало) під наглядом лікаря щомісячно. Зберігає належний режим фізичної активності. Біль періодично виникає, але не порушує працездатності. Не потребує регулярного використання НПЗП.

Клінічний випадок 3: соматоформний розлад

Пацієнтка Л., 57 років, педагог за фахом.

Анамнез. Тривожно-недовірливі риси особистості протягом усього життя, що загострилися під час хвороби. Мешкає сама після ранньої смерті чоловіка. Має дочку та онука.

Хворіє протягом 15 років. Страждає на головний біль: часті, практично щоденні напади по кілька годин. Біль, що розпирає та пульсує, відчуття печіння і стискання.

Тривалий анамнез застосування анальгетиків, антимігренозних препаратів, судинної терапії з приводу дисциркуляторної енцефалопатії. Лікування неефективне.

Психічний стан. Тривожна, фіксована на фізичних симптомах хвороби. Наявність психотравмальної ситуації заперече. Алекситимія за торонтською алекситимічною шкалою (ТАШ) – 27 балів. Показники за HADS: тривога – 11 балів, депресія – 8 балів.

Діагноз. Соматоформний (хронічний больовий) розлад у акцентуованій особистості.

Лікування. Стимулотон у дозі 100 мг/добу, сприятливий клінічний ефект.

Висновки

Підсумовуючи доповідь, професор В.І. Коростій виклав схему ведення пацієнтів із психічними розладами.

Крок 1 – діагностика:

- симптоми психічного розладу (емоційна лабільність, тривога, депресія);
- клінічна виразність: субсиндромальна або синдромальна;
- нозологія: первинний психічний розлад, соматогенний чи коморбідний соматичному;
- тактика: самостійна курація, консультація психіатра, питання про шпиталізацію до психіатричного стаціонара.

Крок 2 – лікування:

- початок лікування: супровід транквілізатором 2-4 тижні;
- моніторинг стану: огляд через 1-2 тижні, надалі – щомісяця;
- оцінка ефективності лікування антидепресантом: через 4-6 тижнів рішення про зміну антидепресанту або аугментацію іншими засобами.

До факторів, що підсилюють ризик змін психічного стану пацієнтів, належать поліпрагмазія, високі дози препаратів, швидке введення, вузьке терапевтичне вікно, ниркова та печінкова недостатність, порушення гематоенцефалічного бар'єру (енцефаліт, порфірія), вплив стресу.

Загалом мультимодальний підхід дозволяє:

- «обійти» супротив і стигму стосовно психіатрії;
- розмежувати соматичні та психічні розлади;
- визначити зони компетенції членів команди;
- уникнути протистояння соматичного та психічного, інтегрувати пацієнта;
- поєднувати психотерапію «медичної» та «психологічної» моделі.

Підготувала **Олександра Демецька**



СТИМУЛОТОН®

Європейський сертралін



Єдиний європейський сертралін, представлений в Україні у двох дозах: 50 мг і 100 мг

Зручний режим дозування – один раз на добу¹

Володар Премії за Інновацію 2004 року

Кращий вибір з СІЗЗС при кардіоваскулярній патології²

Доведена біоеквівалентність оригінальному сертраліну³

Показання

- Великі депресивні епізоди
- Запобігання рецидиву великих депресивних епізодів
- Панічні розлади з наявністю або відсутністю агорафобії
- Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) у дорослих та дітей віком 6-17 років
- Соціальний тривожний розлад
- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

1. Інструкція для медичного застосування препарату Стимулотон. 2. Hillel W Cohen et al. Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents. The American Journal of Medicine, 2000, vol.108, Issue 1, Pages 2-8. 3. Clinical Expert Report on Stimuloton® film-coated tablets (2000). Склад та форма випуску: табл. в/о 50 мг білістери, № 30; табл. в/о 100 мг білістери, № 28. Протиопоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин; одночасне застосування з інгібіторами MAO. Побічні реакції. Фарингіт, анорексія, збільшення апетиту, безсоння, неспокій, збудження, нервозність, запаморочення, головний біль, сонливість, шум у вухах, серцебиття, припливи, діарея, сухість у роті, нудота. Категорія відпуску. Відпускається за рецептом лікаря. Р.Л. № UA/3195/01/01-02. Виробник, ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для лікарів та фармацевтів.

Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

