

# Основные принципы лечения ведущие психиатры —

**В** рамках научного симпозиума «Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и наркологии», проходившего 2-3 декабря 2009 года в г. Киеве, состоялся сателлитный симпозиум фармацевтической компании «Сандоз». Ведущие психиатры Украины, принявшие участие в этом мероприятии, рассказали об основных аспектах ведения пациентов с не психотическими нарушениями психической сферы (депрессивными, тревожными, психосоматическими расстройствами). Представленная информация будет интересна врачам-интернистам, так как именно к ним обращается большая часть пациентов с этими патологическими состояниями.



С докладом «Терапия депрессии: от реакции к ремиссии и выздоровлению» выступила главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Психиатрия», руководитель отдела неврозов и пограничных состояний ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Наталья Александровна Марута.

Врачи-психиатры в своей практике все чаще сталкиваются с резистентными формами депрессии, ее затяжным течением, коморбидными депрессивными расстройствами и отмечают рост показателей временной нетрудоспособности и количества суицидов, связанных с этими состояниями. Одной из причин сложившейся ситуации является то, что большинство из них обращаются за помощью не к психиатрам, а к врачам-интернистам (по поводу тех или иных соматических жалоб) и, к сожалению, очень часто своевременно не получают необходимую помощь.

Для более полного выявления лиц с депрессией в настоящее время в МЗ Украины разрабатывается приказ «Интеграция психиатрической помощи в первичную медико-санитарную сеть». Он предусматривает создание психиатрических кабинетов в поликлиниках и общесоматических лечебных учреждениях, а также организацию постоянных семинаров по обучению врачей-интернистов основам

диагностики депрессии, наиболее распространенных психических расстройств, так как деменция, суициды, шизофрения, и других не психотических нарушений психической сферы.

Рассмотрим основные принципы терапии депрессии. При лечении пациентов с депрессией следует стремиться к последовательному достижению таких целей, как реакция (терапевтический ответ), ремиссия и выздоровление. Под терапевтическим ответом на применение антидепрессантов подразумевают уменьшение на 50% и более выраженности симптомов депрессии, оцениваемой по соответствующим шкалам (снижение на 25-49% называют частичным терапевтическим ответом). Ремиссия определяется как отсутствие остаточных симптомов депрессии и восстановление преморбидного уровня функционирования пациента. В большинстве рандомизированных контролируемых исследований в качестве абсолютного критерия ремиссии принята сумма баллов по шкале оценки депрессии Гамильтона (HAM-D)  $\leq 7$ . Выздоровлением считается полное и устойчивое восстановление социального и трудового функционирования пациента без какой-либо остаточной депрессивной симптоматики.

В терапии депрессии выделяют следующие этапы:

- острый (купирующий, активный), конечной целью которого является достижение ремиссии;
- стабилизирующий (продолжающийся), направленный на дальнейшую стабилизацию состояния пациента, предотвращение рецидива, исключение субсиндромальной депрессии, восстановление прежнего функционального уровня;

— поддерживающий (профилактический), задачей которого является предотвращение эпизодов депрессии в дальнейшем, поддержание функциональных возможностей пациента и удовлетворительного качества жизни.

Медикаментозная терапия (антидепрессанты) является методом первого выбора в лечении депрессивных расстройств. В том случае, если пациент не согласен на прием лекарственных препаратов, показана психотерапия. Оптимальным вариантом является сочетание медикаментозной терапии и психотерапии.

При выборе антидепрессанта в первую очередь следует учитывать доказательную базу эффективности имеющихся препаратов. Кроме того, необходимо принимать во внимание тип депрессии, опыт врача в применении антидепрессантов, потенциальные требования в наибольшей степени соответствуют селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).

Начинать лечение депрессии в амбулаторной практике рекомендуется с минимальных эффективных доз антидепрессантов (стартовая терапия высокими дозами возможна в случае госпитализации пациента с тяжелой формой депрессии в специализированный стационар). При отсутствии клинически значимых побочных эффектов или уменьшении их выраженности в течение нескольких дней дозу можно постепенно повышать (в пределах терапевтического диапазона).

Независимо от выбранного препарата следует иметь в виду, что его эффективность можно оценивать лишь спустя несколько недель после начала терапии (как правило, речь идет о 2-4 нед). Исследования показали, что при применении современных антидепрессантов терапевтический ответ наблюдается у 50-75% пациентов с умеренной или тяжелой депрессией. Таким образом, 25-50% больных не реагируют в достаточной мере на препараты первой линии. Отсутствие терапевтического ответа или частичный ответ в течение более чем 6-8 нед требует повышения дозы препарата, дополнительного назначения еще одного антидепрессанта или же перехода на прием другого антидепрессивного препарата.

При переводе пациента с одного антидепрессанта на другой нельзя проводить замену одномоментно. Необходимо постепенно снижать дозу первого препарата и увеличивать дозу следующего. Однако после приема необратимых ингибиторов моноаминоксидазы (МАО) следует сделать длительный перерыв перед назначением другого антидепрессанта.

Если выбранный антидепрессант эффективен и достигнута симптоматическая ремиссия, рекомендуется продолжить прием этого препарата в неизменной дозе. Практика снижения дозы антидепрессанта для проведения стабилизирующей терапии не имеет доказательной базы и повышает риск рецидива. После достижения первичной ремиссии у пациента с острым депрессивным эпизодом в большинстве случаев рекомендуется продолжать монотерапию или комбинированное лечение эффективными антидепрессантами в течение как минимум 3-6 мес. Пациентам с длительными эпизодами депрессии в анамнезе необходимо более продолжительное стабилизирующее лечение.

По данным Ramana и соавт. (1995), резидуальные симптомы депрессии на фоне приема антидепрессантов являются предикторами раннего рецидива. Так, ранний рецидив наблюдается в 76% случаев при наличии остаточных симптомов депрессии и лишь в 25% случаев при их отсутствии. Поэтому пациентам с резидуальными симптомами рекомендуется продолжать лечение до полного купирования всех проявлений депрессии.

Что касается профилактического лечения, то согласно протоколу Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (World Federation of Societies of Biological Psychiatry, WFSBP) пациентам с повторяющимися эпизодами депрессии при отсутствии других рисков необходимо поддерживающее

лечение в течение 5-10 лет. В данном руководстве даже рассматривается возможность пожизненного профилактического лечения антидепрессантами в случае высокого риска рецидивов депрессии, особенно если предыдущие попытки прекратить прием препарата привели к развитию нового эпизода в течение 1 года.

Если показания к профилактическому лечению отсутствуют или пациент отказывается принимать медикаментозную терапию, антидепрессанты отменяют, при этом дозу снижают постепенно (в течение 4-6 мес) для предотвращения развития синдрома отмены. Он наблюдается после отмены антидепрессантов приблизительно в 20% случаев (от 10 до 60% в зависимости от класса препарата) и наиболее характерен для венлафаксина, ингибиторов МАО и некоторых СИОЗС (в первую очередь, для пароксетина, в меньшей степени — для флуоксетина и эсциталопрама). Таким образом, длительность терапии даже при легком эпизоде депрессии должна составлять как минимум 1 год.



Доктор медицинских наук, профессор Олег Сазонович Чабан (Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев) рассказал о психосоматических аспектах агрессии пациента.

— Тревога является одним из наиболее болезненных аффектов, которые испытывает человек, а агрессивные побуждения создают основной источник невротической тревожности. Согласно К. Хорни, к основным способам избегания тревожности относятся рационализация, отрицание, попытки подавить тревогу (химическая и нехимическая аддикция), избегание тревожных мыслей, чувств или побуждений, которые их вызывают.

Одной из новых теорий, объясняющих механизм развития агрессии, является нейронная теория. В исследовании, проведенном в Институте мозга человека РАМН, приняли участие 195 пациентов с рассеянным склерозом. Их сравнивали с общей популяцией по выраженности агрессии, раздражительности, депрессии и тревоги, оцениваемых по соответствующим шкалам. Оказалось, что у пациентов с рассеянным склерозом уровень скрытой раздражительности был в 2 раза выше, чем в популяции, хотя уровень проявляемой раздражительности был сравним со здоровыми индивидуумами. Исследователи сделали вывод, что такие личностные нарушения, как агрессия и раздражительность, вероятно, обусловлены демиелинизацией проводящих путей (нарушение связи коры полушарий с подкорковыми структурами) и поражением белого вещества головного мозга.

Агрессивность тесно связана с психосоматическими расстройствами. Как пример можно привести метаболический синдром, риск развития которого коррелирует с наличием тревоги, страха и агрессии. Особая роль в возникновении метаболического синдрома отводится повышенной враждебности, скрытым формам агрессии, алекситимии, потере чувства экзистенциальной безопасности. Согласно данным К. Саломона, обзобленные дети в три раза больше, чем спокойные, подвержены влиянию факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. При этом у детей, показавших высокие результаты при тестировании на агрессивность, вероятность возникновения метаболического синдрома в течение 3 лет оказалась достоверно выше. Еще раз следует подчеркнуть, что в первую очередь это касается скрытой, нереализованной агрессии. Исследования, проведенные среди взрослых, также демонстрируют тесную корреляцию агрессивности с ожирением и инсулинорезистентностью.

К основным проявлениям агрессии у пациентов относятся: ангедония, нигилизм по отношению к медицине, анозогнозия (отрицание своей болезни), реакция и поведение «соблюдения правил или всеобщего согласия», аутоагрессия, экстраагрессия, ипохондрия.

Выделяют определенные ситуации, предшествующие развитию агрессии: неудовлетворение актуальной потребности; ощущение неопределенности, неуверенности; дезориентация; усталость; неустойчивость настроения; повышенная возбудимость; недостаточная или недостоверная информированность; суггестивность.



**SANDOZ**  
ЗДОРОВ'Я НА ПЕРШОМУ МІСЦІ

Единственный в Украине  
уникальный препарат  
двойного действия

Анксиолитик

Антидепрессант



РЕШЕНИЕ БЕЗ КОМПРОМИССА





# непсихотических нарушений психической сферы: врачам общей практики

Психотерапевтическая программа для пациента с агрессией должна включать анализ проблем, трансформацию проблем в цели, иерархию целей, определение способов достижения целей, ревизию ресурсной базы. Пациенту должен быть подобран соответствующий режим питания, двигательной активности, лечения и общения. Наиболее важным и заключительным пунктом программы является трансформация актуальной жизненной стратегии, которая изменяется очень медленно.

Помимо психотерапии, эти пациенты нуждаются в соответствующем медикаментозном лечении. В данном случае целесообразно применение препарата БупиронГЕКСАЛ (это анксиолитик, нормализующий активность серотонинергической системы). Он стимулирует 5HT<sub>1A</sub>-рецепторы, блокирует выброс серотонина и тем самым уменьшает выраженность тревожности, развившейся в результате гиперактивности серотонинергической системы (лимбико-ретикулярного комплекса). Препарат также является блокомором пре- и постсинаптических дофаминовых D<sub>2</sub>-рецепторов.

БупиронГЕКСАЛ эффективен, в частности, при тяжелых, трудно поддающихся лечению тревожных расстройствах, генерализованном тревожном расстройстве, коморбидных вариантах генерализованного тревожного расстройства, сочетающегося с депрессией, соматической патологией.



**Заведующая кафедрой психиатрии ФПО Днепропетровской государственной медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Людмила Николаевна Юр'ева** посвятила доклад современным подходам к диагностике и лечению тревожно-фобических расстройств.

По нашей оценке, приблизительно 6% населения Украины в течение жизни переносит хотя бы один эпизод тревожного расстройства, а среди женщин этот показатель еще выше.

Говоря о тревоге, мы имеем в виду эмоциональное состояние, заключающееся в переживании смутной, неопределенной опасности, имеющее направленность в будущее и содержащее в себе мобилизующий компонент, в то время как страх — это переживание непосредственной конкретной угрозы. Выделяют следующие типы тревоги, требующие соответствующих терапевтических подходов, это:

- нормальная и мобилизационная тревога;
- личностная тревога или тревожность;
- ситуационная тревога;
- социальная тревога;
- невротическая тревога;
- соматическая тревога;
- физиологическая тревога;
- витальная тревога;
- психотическая тревога;
- фармакогенная тревога (Л.Н. Юр'ева, 1998).

Вызывать или усиливать соматические и психические проявления тревоги может как длительный прием некоторых лекарственных средств, так и отмена ряда препаратов. Фармакогенной тревогой может сопровождаться интоксикация кокаином, каннабисом, кофеином, галлюциногенами; синдром отмены при злоупотреблении алкоголем и никотином; прием гормонов щитовидной железы в высоких дозах, противоастматических средств (теофиллина), симпатомиметиков; длительное применение системных кортикостероидов в высоких дозах (50 мг и более по преднизолону) и их отмена.

Составляющим компонентом тревожного расстройства являются разнообразные вегетативные проявления: одышка или ощущение удушья, сердцебиение, ощущение сдавления или боль в области сердца, повышенная потливость, холодные руки, сухость во рту, абдоминальная боль или дискомфорт, тошнота, диарея, слабость, головокружение, приливы жара, частое мочеиспускание, внутренняя дрожь, трудности при глотании или ощущение кома в горле. С подобными жалобами больные обращаются в первую очередь к врачам-интернистам. Кроме того, тревога проявляется некоторыми поведенческими особенностями: дезорганизацией деятельности, скованностью, напряженностью, неусидчивостью, стремлением к избеганию стрессовых ситуаций и др. Психопатологические

проявления в структуре тревожного расстройства представлены невротическим регистром. Более чем в половине случаев отмечается сочетание тревожной и депрессивной симптоматики. Депрессивная составляющая тревожного расстройства повышает риск суицидальных попыток: пациенты с тревожным расстройством совершают их в 2,5 раза чаще. Наиболее высок риск суицида при генерализованных тревожных и панических расстройствах.

Современная стратегия терапии панического расстройства предусматривает 3 этапа:

— купирование панической атаки (ПА): купирование острой тревоги (вегетативного криза), уменьшение страха, регресс соматовегетативного симптомокомплекса;

— стабилизирующая терапия: устранение фобических проявлений, в том числе тревоги ожидания и избегающего поведения, профилактика ранних рецидивов, восстановление предыдущего уровня психологической, социальной и трудовой адаптации.

— профилактический этап: профилактика повторных ПА, поддержание оптимального уровня социального функционирования пациента.

Лечение тревожных расстройств должно включать как фармако-, так и психотерапию. Выбор лекарственного средства должен основываться на данных об эффективности (общая эффективность, спектр действия, время наступления клинического эффекта, профилактическая эффективность) и безопасности (высокий терапевтический индекс — безопасность при передозировке, — низкая «поведенческая токсичность», безопасность при длительном приеме).

Согласно клиническим протоколам оказания медицинской помощи по специальности «Психиатрия» (приказ МЗ Украины от 5.02.2007 г. № 59) первой линией терапии при тревожно-фобических расстройствах являются бензодиазепины (симптоматическая терапия для купирования ПА) и СИОЗС (патогенетическая терапия). В качестве второй линии терапии применяют анксиолитики, СИОЗС и селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина, трициклические и гетероциклические ингибиторы MAO, β-адреноблокаторы.

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда в настоящее время являются препаратами первого выбора для купирования ПА. Они быстро устраняют симптомы тревоги и имеют доступную цену. Однако следует помнить, что эти препараты имеют и ряд существенных недостатков: могут вызывать психомоторные/когнитивные нарушения и другие нежелательные реакции при длительном применении, зависимость (приблизительно у 10-15% людей, принимающих бензодиазепины более 3-4 нед), депрессию; для них характерен синдром отмены. Все это ограничивает их применение только купированием ПА.

После купирования ПА встает вопрос выбора анксиолитика для стабилизирующей и поддерживающей терапии. Среди имеющихся на сегодня препаратов этой группы необходимо выделить серотонинергический анксиолитик БупиронГЕКСАЛ. Этот препарат обладает комплексным действием, сочетая в себе свойства анксиолитика и антидепрессанта. В отличие от бензодиазепинов, которые рекомендуются принимать не более 2-3 нед, БупиронГЕКСАЛ можно применять до 4 мес. После прекращения приема этого препарата терапевтический эффект сохраняется на протяжении 2-3 мес. Время наступления клинического эффекта после приема БупиронаГЕКСАЛ составляет 24 ч, что ограничивает его применение в качестве средства для купирования ПА.

Несмотря на то что БупиронГЕКСАЛ не имеет самостоятельной клинической ценности в качестве антидепрессанта, он повышает эффективность антидепрессивной терапии СИОЗС в случаях резистентных депрессий как психотического, так и невротического генеза. Кроме того, добавление его к стандартным схемам лечения СИОЗС способствует существенному снижению риска развития сексуальной дисфункции — побочного эффекта, характерного для некоторых СИОЗС.

Лечение пациента с тревожно-фобическим расстройством должно обязательно включать методы психотерапевтического воздействия: релаксационный тренинг, бихевиоральную, когнитивную, когнитивно-бихевиоральную психотерапию, образовательные программы для пациентов и их родственников.



**Заведующая кафедрой медицинской психологии и психиатрии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Наталья Григорьевна Пшук** обратила внимание слушателей на возможные

пути оптимизации лечения соматоформных расстройств.

Психосоматические расстройства являются одним из характерных проявлений так называемых болезней цивилизации. В последнее время во всем мире наблюдается значительный рост распространенности психосоматических заболеваний с хроническим течением. По данным различных авторов, частота психосоматических расстройств среди населения составляет от 15 до 40%. В структуре психосоматических нарушений на долю соматоформных расстройств (СФР) приходится около 17-29% (Б.В. Михайлов, 2009). Пациенты с СФР наиболее часто встречаются в общей медицинской практике. Около 15% больных с СФР на начальных этапах развития заболевания занимаются самолечением. Более 22% пациентов обращаются за специализированной медицинской помощью спустя более 3 лет безуспешного лечения у врачей общей практики (Н.А. Марута, 2008). В патогенезе СФР определенную роль играют психические стрессоры, тревога, эмоциональное напряжение, нарушения вегетативно-гуморального регулирования.

СФР можно разделить на две большие группы — поли- и моносимптоматические. При полисимптоматических СФР жалобы многочисленные и быстро изменяются, что нарушает социальное функционирование таких больных. Моносимптоматические СФР характеризуются хроническим болевым расстройством с постоянными жалобами, сконцентрированными в пределах одной системы или органа, которые пребывают под наиболее сильным влиянием вегетативной нервной системы.

В клинической картине психосоматических расстройств, в частности СФР, преобладают тревожные, вегетативные, астенические и депрессивные расстройства, требующие применения специфической фармакотерапии.

Лечение СФР должно быть комплексным и, помимо применения лекарственных средств, включать психотерапию, психологическое консультирование, ароматерапию, физиотерапию, игло-рефлексотерапию. К основным принципам терапии СФР можно отнести индивидуальный подход, длительность и последовательность терапии, комплексность, психологическую предрасположенность (индивидуальную, социальную).

В комплексной терапии СФР рекомендуются также применять нейротропные препараты, так как в клинической картине СФР всегда представлены диссомния, раздражительность, усталость, нарушения внимания, изменения настроения и др. Оптимальным выбором в данном случае является препарат Ницерим 30 Уно (ницерголин), обладающий нейротропным, вазотропным, ноотропным, нейромедиаторным, антиагрегантным и метаболическим эффектами.

На базе нашей кафедры было проведено исследование по изучению эффективности Ницерима 30 Уно в комплексном лечении СФР. В исследовании приняли участие 2 группы пациентов с СФР, одна из которых получала Ницерим 30 Уно в комплексной терапии, вторая — нет. Длительность лечения составила 4 нед. Для оценки эффективности терапии применяли клинко-психосоциологический, психодиагностический и вегетометрический методы. Положительный результат был получен в обеих группах пациентов, что свидетельствует об адекватности базисного лечения. Однако у больных, получавших в комплексном лечении Ницерим 30 Уно, отмечен более стойкий и выраженный терапевтический эффект. У этих пациентов уровень реактивной тревожности и депрессии был ниже, чем в группе сравнения.

Подготовила **Наталья Мищенко**



**SANDOZ**

Як виглядає спокій?

Легкість думки.

# НИЦЕРІУМ®

Ніцерголін

Ніцеріум 10 мг

Діюча речовина: Ніцерголін 10 мг/капсула

10 мг

HEXAL

Ніцеріум 30 уно

Діюча речовина: Ніцерголін 30 мг

30 мг

HEXAL

Ніцеріум — 5 років на допомозі розуму!

Зареєстрований МОЗ України: № UA/0477/02/01 від 20.07.2006; № UA/0477/01/01 від 02.02.2009