

С.Г. Сова, к.м.н., доцент кафедры профессиональных заболеваний, Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев

Неврозы в общей медицинской практике: эволюция взглядов и современные подходы к лечению

Невротические расстройства на современном этапе развития общества занимают лидирующие позиции среди причин временной и стойкой утраты трудоспособности. Несмотря на то что с точки зрения современных диагностических и терапевтических подходов термин «невроз» звучит несколько архаично, актуальность данной проблемы в практике интернистов практически всех врачебных специальностей не вызывает сомнений.

Используемые сегодня классификационные системы (МКБ-10, DSM-IV) с их унифицированным и критериальным подходом рассматривают неврозы как спектр тревожно-депрессивных нарушений, находящихся в ведении врачей-психиатров, что отчасти обуславливает низкий уровень диагностики и высокую частоту неудач в лечении данного вида нарушений. Несмотря на это, в большинстве случаев первичным звеном, сталкивающимся с проблемой невроза у пациента, является врач внутренней медицины (семейный врач, невропатолог, кардиолог, гастроэнтеролог и др.). Такие больные получают лечение по поводу астении, астено-невротического синдрома, вегетососудистой дистонии, нейроциркуляторной дистонии, гипоталамического синдрома, кардионевроза, синдрома раздраженного кишечника, церебральной ангиодистонии, неврогенного мочевого пузыря и т. д. Часто этих пациентов относят в категорию так называемых трудных, или конфликтных, поскольку недостаточная терапевтическая эффективность предлагаемого интернистами лечения побуждает больного обращаться повторно за помощью, менять специалистов, отказываться от терапии, проходить многочисленные диагностические тесты, что усугубляет существующую симптоматику. В результате невроз «обрастает» новыми симптомами как эмоционально-аффективного, так и вегетативного спектра, приобретая полиорганный и реализуя так называемый порочный круг, когда новая симптоматика, пароксизмальность и аффективность проявлений болезни, усиливая стрессовую напряженность, приводят к прогрессированию невротического расстройства. Недостаточность подготовки врачей общей практики в области диагностики и лечения невротических расстройств побуждает врачей внутренней медицины делать акцент на узкоспециализированной помощи, фокусируясь на лечении больного органа или системы, в редких случаях привлекая узкопрофильного специалиста (психиатра) или вводя в терапевтический комплекс психокорригирующую терапию, которая является основой патогенетического лечения невроза.

Таким образом, основой оптимизации диагностической и терапевтической тактики ведения таких пациентов является осознание ведущих патогенетических механизмов, формирующих надсегментарные невротические и вегетативные нарушения, а также терминологической преемственности: «невроз» — «тревожное и/или депрессивное расстройство» (ТДР).

Спектр ТДР многообразен: депрессия, тревога, паническое расстройство и т. д. В МКБ-10 эти нарушения отражены в рубрике «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные нарушения, соматоформная вегетативная дисфункция» (F40-48).

Необходимо помнить о том, что симптомы невротических расстройств (и депрессия, и тревога — типичные непсихотические заболевания) изменяются со временем. Так, симптомы депрессии, наблюдавшиеся у больного в прошлом году, в следующем могут смениться классическими признаками тревожного расстройства, а еще через два года — симптомами обсессивно-компульсивного или панического расстройства.

В общей медицинской практике врачу чаще всего приходится иметь дело со скрытой (ларвированной, маскированной) депрессией легкой или средней степени тяжести, скрывающейся под маской соматического расстройства и болевых феноменов. Естественно, тяжелые и рекуррентные случаи ТДР, особенно отягощенные суицидальными действиями и продуктивной психической симптоматикой, должны лечить и наблюдать психиатры. Однако данные изучения обращаемости пациентов по поводу различных типов этого заболевания

свидетельствуют, что на долю тяжелых и рекуррентных форм приходится 15-20% всех зарегистрированных случаев; остальные же 75-80% с тем или иным успехом лечатся у врачей общей практики с диагнозами невротических, вегетативных или соматических нарушений.

Одним из факторов, определяющих низкую направляемость пациентов к психиатру, является боязнь стигматизации — «клейма» лечения у психиатра стараются избегать не только пациенты, но и врачи первичного звена. Другим моментом, ограничивающим назначение специфической терапии при лечении ТДР врачами общей практики, является нормативно-правовая база: лечить эту патологию может только психиатр, тем не менее законодательно возможностей врача-интерниста в назначении специфической терапии и ведении пациента с ТДР (неврозом, дистонией) не ограничены. Специалист внутренней медицины (невропатолог, кардиолог, гастроэнтеролог, дерматолог и др.) может назначить специфическую (патогенетическую) терапию, поставив больному соответствующий синдромальный диагноз: невропатолог — дисциркуляторной энцефалопатии I ст. в вертебробазилярном сосудистом бассейне в виде легкой вестибулярной дисфункции, синдрома легкого когнитивного снижения, выраженного астено-невротического синдрома с депрессивным компонентом (депрессивное расстройство); кардиолог — нейроциркуляторной дистонии по кардиальному типу (гипертоническому и т. д.), пароксизмальное течение с частыми кризами симпатоадреналового характера (паническое расстройство); гастроэнтеролог — синдрома раздраженного кишечника с хроническим абдоминальным болевым синдромом (тревожное расстройство) и т. д.

На современном этапе доминирующей теорией развития ТДР (неврозов, вегетативных надсегментарных дисфункций) является катехоламиновая, что объясняется эффективностью лекарственных средств, применяемых для лечения этой патологии. С точки зрения данной теории, в основе развития заболевания лежит дефицит катехоламиновой медиации, прежде всего серотониновой, в синапсах определенных зон головного мозга.

Наиболее популярной на сегодня группой лекарственных средств с доказанной эффективностью, применяемой для лечения ТДР, считается группа селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Основой патогенетического действия СИОЗС является их способность нивелировать дефицит серотонина в синаптической щели за счет подавления его обратного захвата пресинаптической мембраной путем влияния на ее специфические рецепторы 5-НТ.

Многочисленные исследования, проведенные за последние 20 лет, продемонстрировали высокую эффективность и безопасность СИОЗС в лечении различных форм ТДР. Длительный период полувыведения СИОЗС и их активных метаболитов обеспечивает возможность однократного приема в сутки и высокий комплаенс. Особой заслугой препаратов этой группы является возможность длительного применения без формирования зависимости и привыкания, поскольку клинические руководства рекомендуют курс лечения ТДР длительностью 6-9 мес и дольше после выздоровления от первого эпизода депрессии, иногда терапию неопределенной продолжительности после повторных эпизодов для профилактики рецидивов.

Вследствие различий в химической структуре разные СИОЗС отличаются друг от друга по фармакодинамическим и фармакокинетическим показателям. С учетом этого для общей медицинской практики необходим сбалансированный препарат, способный влиять практически на весь спектр ТДР, обладающий высокой

эффективностью и доказанной безопасностью, удобный в использовании и характеризующийся небольшим разбросом терапевтической дозировки.

Перечисленным критериям вполне соответствует типичный представитель группы СИОЗС пароксетин (Рексетин). Препарат эффективен при большинстве ТДР, характеризуется не только тимолептическими свойствами, но также высоким противотревожным эффектом. Он относится к сбалансированным СИОЗС, поскольку не оказывает значимого активирующего и седативного действия, что делает его удобным для применения в общей медицинской практике. Период полувыведения пароксетина колеблется в пределах 16-24 ч, в связи с чем препарат назначается однократно на протяжении суток. Его терапевтическая доза составляет 20-40 мг/сут в зависимости от вида и тяжести заболевания и не требует длительного титрования. Курс лечения — не менее 3-4 мес. Спектр побочных явлений пароксетина меньше, чем у ряда других психотропных препаратов, применяемых для лечения ТДР, и сопоставим с таковым других представителей СИОЗС.

Мы с успехом применяем препарат пароксетин (Рексетин) более 4 лет у пациентов с тревожно-депрессивными состояниями, прежде всего паническими атаками, на фоне различной соматической патологии.

Необходимо помнить, что обязательными компонентами терапии ТДР являются психотерапевтическая помощь, а также осознание пациентом необходимости длительного лечения.

Несмотря на существующие уже более 10 лет стандарты терапии ТДР с использованием СИОЗС (европейские и американские рекомендации), вызывает удивление тот факт, что пациентов с различными формами этих нарушений продолжают лечить бензодиазепиновыми транквилизаторами (БТ). Такое положение противоречит современным рекомендациям, базирующимся на данных многочисленных рандомизированных контролируемых исследований. БТ существенно уступают СИОЗС в эффективности, безопасности и переносимости, непригодны для длительного использования, поскольку вызывают привыкание, пристрастие и зависимость, часто протекающие тяжелее основного заболевания. БТ пригодны лишь для купирования острых проявлений тревожного и панического расстройства в течение непродолжительного времени (до 10-14 дней). Более того, БТ неэффективны при депрессии, а их длительное использование само по себе способно вызвать у пациента депрессивное расстройство. Для возникновения последнего бывает достаточно уже 3-4 нед бесконтрольного приема БТ.

В последнее время широкому распространению БТ в общей медицинской практике стала способствовать возможность их приобретения в аптечной сети по обычным рецептам, а не специально предусмотренным и утвержденным для этой группы препаратов рецептам, имеющим несколько степеней подтверждения (цвет бланка, строгую учетность, наличие нескольких подписей и печатей).

Таким образом, популяризация современных знаний в области диагностики и терапии ТДР среди врачей-интернистов будет способствовать повышению качества диагностики, увеличению эффективности лечения, улучшению прогноза заболевания, уменьшению социально-экономической нагрузки на общество и снижению нагрузки на психиатрическую службу.



С.Г. Сова