

Сучасні підходи до діагностики та корекції тривожних і депресивних розладів

Питання диференційної діагностики та належного терапевтичного супроводу тривоги й депресії набувають дедалі більшої актуальності на первинній ланці, особливо на тлі карантинних обмежень і вимушеної самоізоляції. Пропонуємо фаховий розбір цієї теми від завідувача кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії Ужгородського національного університету, доктора медичних наук Михайла Михайловича Ороса. Для зручності подаємо експертний огляд у форматі «запитання – відповідь».



М.М. Орос

На що варто звертати увагу при веденні пацієнтів із тривогою чи депресією?

Складність менеджменту пацієнта з тривогою та депресією зумовлена наявністю соматичних симптомів, субсиндромальних розладів, коморбідністю, хронічним перебігом, несвідомою агравцією, значним тягарем стигматизації, потребою в призначенні великої кількості лікарських засобів. З одного боку, це призводить до поліпрагмації, а з іншого – на жаль, не здатне перервати рецидивний перебіг тривоги та депресії.

Які симптоми свідчать про наявність депресії?

Критерії епізоду депресії (великого депресивного розладу) визначено в Настановах із діагностики та статистики психічних розладів 5-го перегляду (DSM-5). Відповідно до DSM-5, діагноз встановлюють за наявності щонайменше 5 таких симптомів (зокрема, ≥ 1 із 2 перших) майже щодня та більшу частину доби протягом як мінімум 2 тиж:

- 1) депресивний настрій;
- 2) зниження зацікавленості щодо майже всіх заходів та/або відчуття задоволення від них;
- 3) посилення/послаблення апетиту чи значне зменшення, не пов'язане з дієтою, або збільшення маси тіла ($\geq 5\%$ упродовж 1 міс);
- 4) безсоння / надмірна сонливість;
- 5) психомоторне збудження / загальмованість;
- 6) відчуття втоми чи втрати енергії;
- 7) почуття власної нецінності чи безпідставне відчуття провини;
- 8) зниження гостроти мислення, труднощі з концентрацією уваги чи прийняттям рішення;

9) повторювані думки про смерть;

10) повторювані суїцидальні думки без окресленого плану та спроби самогубства чи наявність плану його вчинення.

Як розпізнати тривожний розлад?

Для генералізованого тривожного розладу (ГТР) характерною є втрата контролю кори головного мозку над мигдалеподібним тілом. Істотного значення при цьому набуває проєкція медіального (відповідає за розвиток страху та тривоги очікування) й дорсального (відповідає за когнітивні процеси при тривозі) ядер шва.

Критеріями ГТР слугують: надмірна тривога та переживання (тривожні очікування), що спричинені різними подіями чи діяльністю та тривають більшість часу впродовж ≥ 6 міс; труднощі контролю цих переживань; тривога й переживання, пов'язані щонайменше з 3 із таких симптомів:

- ✓ неспокій, відчуття роздратованості чи нервового збудження;
- ✓ швидка втомлюваність;
- ✓ труднощі при намаганні сконцентрувати увагу, відчуття «пустоти» в голові;
- ✓ дратівливість;
- ✓ м'язове напруження;
- ✓ розлади сну;
- ✓ дистрес або порушення в соціальній, професійній та інших сферах діяльності.

Як часто виникає змішаний тривожно-депресивний розлад?

Це доволі частий феномен. Відомо, що серед пацієнтів, які звертаються по первинну медичну допомогу, в 19,2% виявляють ізольований тривожний

розлад, у 10,3% – депресію, в 42,3% – змішаний тривожно-депресивний розлад, у 28,2% – коморбідні тривожний розлад і депресію.

Критерії змішаного тривожно-депресивного розладу включають:

- 1) постійний або періодично повторюваний дисфоричний настрій тривалістю ≥ 1 міс;
- 2) дисфоричний настрій упродовж < 1 міс, що супроводжується ≥ 4 симптомами з наведених далі:
 - ✓ труднощі в зосередженні уваги чи відчуття «порожнечі» в голові;
 - ✓ порушення сну;
 - ✓ втоми чи зниження енергійності;
 - ✓ дратівливість;
 - ✓ заклопотаність, занепокоєння;
 - ✓ підвищена плаксивість;
 - ✓ настороженість;
 - ✓ очікування гіршого;
 - ✓ почуття безнадії (тотальна песимістична оцінка майбутнього);
 - ✓ зниження самооцінки або ідеї малоцінності;
- 3) симптоми спричиняють клінічно значущий дистрес або порушення соціального, трудового функціонування чи інших сфер адаптації;
- 4) симптоми не є наслідком прямого фізіологічного впливу речовин або загального фізичного захворювання;
- 5) стан хворого не відповідає діагностичним критеріям великого депресивного розладу, дистимії, панічного розладу, ГТР, іншого тривожного розладу, порушення настрою (зокрема, стан часткової ремісії) чи іншого психічного захворювання.

3) симптоми спричиняють клінічно значущий дистрес або порушення соціального, трудового функціонування чи інших сфер адаптації;

4) симптоми не є наслідком прямого фізіологічного впливу речовин або загального фізичного захворювання;

5) стан хворого не відповідає діагностичним критеріям великого депресивного розладу, дистимії, панічного розладу, ГТР, іншого тривожного розладу, порушення настрою (зокрема, стан часткової ремісії) чи іншого психічного захворювання.

У чому полягає медикаментозне лікування тривожних і депресивних розладів?

За спостереженнями, в рамках усталеної протягом останнього десятиліття практики фахівців, зокрема психотерапевтів, частіше призначають бензодіазепіни, натомість лікарі первинної медико-санітарної допомоги віддають перевагу антидепресантам. Пояснити таку практику можна тим, що бензодіазепіни в монотерапії успішно зменшують симптоми тривоги в укорочаний термін і можуть бути ефективними при різкому загостренні симптомів тривоги. У комбінації з антидепресантами ці засоби забезпечують швидкий анксиолізис при затримці ефекту антидепресантів; сприяють зменшенню тривожності, пов'язаної з ініціацією терапії антидепресантами, й загалом більш результативно запобігають виникненню депресії, ніж у разі використання їх у режимі монотерапії. Певна настороженість щодо їх використання пов'язана з неспроможністю бензодіазепінів зменшити симптоми депресії, ризиком загострення депресії та психомоторно-когнітивних порушень, потенціалом зловживання, толерантністю та переважно симптоматичним полегшенням.

На яку ланку патогенезу цих розладів можна вплинути медикаментозно?

Дослідженнями в галузі нейропсихіатрії доведено негативну дію глюкокортикоїдів (гормонів стресу) на гіпоталамус і нейрони. Їх механізм полягає в зменшенні кількості серотонінових рецепторів і синаптичної спроможності. Цей процес має потенційно оборотний характер і, відтак, слугує мішенню для медикаментозної корекції депресії. Іншою оборотною ланкою патогенезу є активація M1-мікроглії, клітини котрої пригнічують синтез 5-HT-рецепторів, активність натуральних кілерів, лімфоцитарну проліферацію та синтезують гострофазові прозапальні цитокіни: інтерлейкін (ІЛ) 1 β , 6 і фактор некрозу пухлини. На тлі прийому антидепресантів відбувається активація M2-мікроглії, дія котрої спрямована на продукцію протизапальних цитокінів, як-от ІЛ-4, ІЛ-10, трансформувальний фактор росту- β .

Якою є рекомендована терапія?

Потенційна мішень для корекції тривоги та депресивного розладу – дисбаланс системи γ -аміномасляної кислоти (ГАМК). Дія бензодіазепінів пов'язана зі впливом на рецептори ГАМК,

а отже, актуальним є пошук альтернативних засобів із подібним ефектом, але кращим профілем безпеки. У цьому контексті цікавим є огляд J.J. Secades, опублікований 2017 року в Journal of Neurology and Neurosurgery. Наведені в цьому огляді дані свідчать, що препарат **Гамалате В₆** завдяки унікальній комбінації складових (діючі речовини – магнію глютамату гідробромід, ГАМК, γ -аміно- β -оксимасляна кислота (ГАБОМК), вітамін В₆) чинить мультимодальний вплив, який реалізується в декількох напрямках:

- ✓ усунення тривоги та напруження, сприяння позитивній реакції на стресори; поліпшення концентрації уваги, когнітивних функцій, гальмування ноцицептивної стимуляції (ефект ГАМК);
- ✓ протисудомна дія, нормалізація сну, компенсація дефіциту ендогенної ГАМК, холінергічна стимуляція, поліпшення пам'яті (ефект ГАБОМК, у 5-19 разів вираженіший за такий ГАМК);
- ✓ блокування глутаматних рецепторів, що сприяє швидкому усуненню збудження та тривоги й забезпечує релаксувальну дію (ефект магнію глютамату гідроброміду);
- ✓ участь у синтезі ГАМК із глутамінової кислоти, відновлення синтезу дофаміну, серотоніну, поліпшення енергообміну нейронів (ефект вітаміну В₆).

Якою має бути тривалість прийому ліків?

Показано, що 30-денний курс терапії препаратом **Гамалате В₆** майже вдвічі ефективніший порівняно з 15-денним. Зниження дози бензодіазепінів з одночасним прийомом **Гамалате В₆** ($\frac{1}{2}$ дози) в дослідженнях не погіршувало профілю тривожності пацієнтів. Варто зазначити, що заміна бензодіазепінів на **Гамалате В₆** не призвела до появи тривожності або іншого типу розладів. Бензодіазепіни можна замінити на **Гамалате В₆** або чергувати його застосування з ними, адже ефективність цього препарату аналогічна такій у пацієнтів, які приймали / не приймали анксиолітики.

Водночас синтетичний аналог ГАМК прегабалін рекомендований як препарат 1-ї лінії при ізольованому ГТР (клас рекомендації I, рівень доказів А). Він демонструє виражений анксиолітичний ефект, який реалізується вже на 1-му тижні терапії.

Актуальні дані щодо ефективності селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну свідчать на користь есциталопраму, циталопраму, флуоксетину, пароксетину, сертраліну, венлафаксину, дулоксетину, тоді як перевагу буспірону порівняно з плацебо (виявляє спорідненість до серотонінових 5-HT_{1A}-рецепторів і помірну – до дофамінових D₂-рецепторів у мозку) не підтверджено. При коморбідності ГТР і соціальної фобії також не рекомендується призначати β -блокатори та трициклічні антидепресанти.

Чого варто остерігатися при виборі препаратів для лікування?

Варто пам'ятати, що в разі поєднання тривоги, ажитації, депресії різко зростає ризик суїциду. З огляду на це слід уникати застосування антидепресантів зі стимулювальним компонентом дії, оскільки вони можуть посилити тривожність і спровокувати суїцид. Основний акцент необхідно робити на антидепресантах із потужним тимоаналгетичним і седативним ефектом.

Коли стає помітним результат фармакологічного лікування?

Стійка позитивна динаміка після призначення медикаментів відзначається в середньому через 8 тиж, усунення симптомів ГТР – через 3-6 міс лікування. Утім, щоб уникнути рецидиву, фармакотерапію бажано проводити щонайменше протягом року. Поєднання психотерапії та застосування антидепресантів упродовж 12 тиж забезпечує задовільний результат у 85% пацієнтів, натомість ізольоване медикаментозне лікування чи тільки психотерапія – лише в 55%.

Підготувала **Тетяна Олійник**



Гамалате В₆
Допоможе відновити рівновагу

- ✓ Продуктивність мислення
- ✓ Пам'ять
- ✓ Концентрацію уваги
- ✓ Усуне тривогу, збудження, порушення сну

Унікальне поєднання чотирьох природних метаболітів мозку, які здійснюють ряд найважливіших функцій в ЦНС

Гамалате В₆ 20 таблеток, вартість обов'язково, / 20 таблеток, покритих оболонкою.

ferrер

ГАМК
В6
МГТ
ГАБОМК